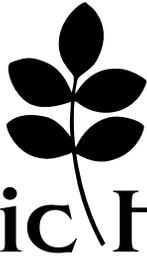


*Mantenga a mano este libro para una referencia rápida.*



Basic Health™

# Manual del Miembro 2006

**Tome nota: Si está inscrito en Basic Health a través del programa federal de Crédito Tributario por Cobertura de Seguro de Salud (HCTC), el Anexo B de este manual (y la información contenida allí) se aplica a su situación.**

# Información de contacto

	Horario de atención al cliente	Números telefónicos del servicio de atención al cliente	Dirección del sitio en la red
<b>Basic Health</b>  <b>Español</b> <b>Coreano</b> <b>Vietnamita</b> <b>Ruso</b>	Autoservicio las 24 horas  Lunes a Viernes 8 a.m. – 5 p.m. 8 a.m. – 5 p.m. 8 a.m. – 5 p.m. 8 a.m. – 5 p.m.	1-800-842-7712  1-800-321-0291 TTY: 1-888-923-5622 1-800-321-0291 1-800-324-1658 1-800-423-2231 1-800-387-8224	<a href="http://www.basichealth.hca.wa.gov">www.basichealth.hca.wa.gov</a>
<b>Servicio de Impuestos Internos</b> (para solicitar la información del impuesto federal sobre el ingreso)	Lunes a Viernes	1-800-829-1040	<a href="http://www.irs.gov">www.irs.gov</a>
<b>Programa de Crédito Tributario por Cobertura de Seguro de Salud (HCTC)</b>	Lunes a Viernes 5 a.m. – 5 p.m.	1-866-628-4282 TTY: 1-866-626-4282	<a href="http://www.irs.gov">www.irs.gov</a> (Clave: HCTC)
<b>Columbia United Providers, Inc.</b>	Lunes a Viernes 8 a.m. – 5 p.m.	1-800-315-7862 ó 360-891-1520  TDD: 1-866-287-9962 ó 360-449-8860	<a href="http://www.cuphealth.com">www.cuphealth.com</a>
<b>Community Health Plan of Washington</b>	Lunes a Viernes 8 a.m. – 6 p.m.	1-800-440-1561 TTY: 1-800-833-6388	<a href="http://www.chpw.org">www.chpw.org</a>
<b>Group Health Cooperative</b>	Lunes a Viernes 8 a.m. – 5 p.m.	1-888-901-4636 TTY: 1-800-833-6388	<a href="http://www.ghc.org">www.ghc.org</a>
<b>Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest</b>	Lunes a Viernes 8 a.m. – 6 p.m.	1-800-813-2000 TTY: 1-800-324-8010	<a href="http://www.kaiserpermanente.org">www.kaiserpermanente.org</a>
<b>Molina Healthcare of Washington, Inc.</b>	Lunes a Viernes 7:30 a.m. – 5:30 p.m.	1-800-869-7165 TTY: 1-877-665-4629	<a href="http://www.molinahealthcare.com/washington">www.molinahealthcare.com/washington</a>

Basic Health	Direcciones postales
Pago de primas	P.O. Box 34270, Seattle, WA 98124-1270
Correspondencia general	P.O. Box 42683, Olympia, WA 98504-2683
Apelaciones a Basic Health (ver página 20)	P.O. Box 42690, Olympia, WA 98504-2690

<b>De surgir alguna pregunta sobre...</b>	<b>Contacto...</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Agregar y/o reducir cobertura</b></li> <li>• <b>Cambios de domicilio</b></li> <li>• <b>Cambios en el ingreso</b></li> </ul>	<p>La línea gratuita de Basic Health 1-800-842-7712 para solicitar formularios o para escuchar información grabada; ó 1-800-321-0291 para hablar con un representante de Basic Health, o visite <a href="http://www.basicealth.hca.wa.gov">www.basicealth.hca.wa.gov</a>.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Una factura por atención médica</b></li> <li>• <b>Elección de un proveedor</b></li> <li>• <b>Servicios cubiertos</b></li> <li>• <b>Servicios recibidos por parte de proveedores</b></li> <li>• <b>Período de espera</b></li> </ul>	<p>Su plan de salud. (Ver número telefónico en la página anterior.)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Su atención médica</b></li> <li>• <b>Derivaciones a especialistas</b></li> </ul>	<p><a href="#">Su proveedor principal de cuidados.</a></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Su prima mensual</b></li> <li>• <b>Su factura de Basic Health</b></li> <li>• <b>Reembolsos</b></li> </ul>	<p>Línea gratuita de Basic Health 1-800-842-7712, las 24 horas, para información sobre el pago; ó 1-800-321-0291 y siga las instrucciones para hablar con un representante del departamento de contabilidad.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>La inscripción de su familia</b></li> <li>• <b>Su plan de salud</b></li> <li>• <b>Su prima</b></li> </ul>	<p>Visite <a href="http://www.basicealth.hca.wa.gov/ecoverage/shtml">www.basicealth.hca.wa.gov/ecoverage/shtml</a>.</p>

## **Cuando nos llame o escriba...**

Asegúrese de incluir su **nombre, número de identificación de Basic Health, domicilio, y un número telefónico diurno**. Asegúrese de anotar la fecha de la llamada, el nombre de la persona con quien habló y la organización que contactó. Si usted tiene Basic Health a través de su empleador, una agencia de cuidados en el hogar o de un patrocinador financiero, contacte primero a su representante (generalmente el encargado de la nómina de pagos o el representante de su patrocinador financiero). Esa persona puede tener la información que usted necesita, o que deba conocer acerca del cambio que está realizando.

Para obtener este documento en otro formato (como por ejemplo en Braille o audio), llame a nuestro Coordinador de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) al 360-923-2805. Usuarios TTY (personas sordas, con dificultades auditivas o con problemas del habla), llamar al 360-923-2701 o al número telefónico gratuito 1-888-923-5622.



# Índice

<b>Introducción</b> .....	1
<b>Capítulo uno:</b>	
<b>Elegibilidad para los Programas de Basic Health</b> .....	3
Inscripción de la familia .....	3
Primas .....	3
Basic Health <i>Plus</i> . .....	4
Programa de beneficios de maternidad .....	4
Basic Health para padres suplentes y trabajadores de cuidados personales .....	4
Basic Health a través de su empleador, patrocinador financiero o agencia de cuidado en el hogar.....	4
Crédito Tributario por Cobertura de Seguro de Salud .....	4
<b>Capítulo dos:</b>	
<b>Requisitos de ingresos</b> .....	5
Cómo se calcula su ingreso .....	5
Cuadro de ingresos .....	6
<b>Capítulo tres:</b>	
<b>Cómo hacer cambios y mantener la elegibilidad</b> .....	7
Cambio de planes de salud .....	7
Cambios de domicilio .....	7
Dependientes que viven lejos del hogar.....	8
Fuera del condado.....	8
Fuera del estado.....	8
Cambios en la familia .....	8
Cuándo comienza la cobertura para los miembros de la familia añadidos.....	9
Cambios en el ingreso.....	9
Notificación de cambios de ingresos.....	10
Recertificación .....	10
¿Qué sucede si no informo sobre un cambio en el ingreso? .....	11
¿Qué sucede si no devuelvo el monto que adeudo?... ..	11
Penalidades legales .....	11
<b>Capítulo cuatro:</b>	
<b>Suspensión, retiro de la inscripción y reinscripción</b> .....	13
Suspensión .....	13
Retiro de la inscripción .....	13
Retiro de la inscripción del empleador, patrocinador financiero o agencia de cuidado en el hogar.....	14
Reinscripción .....	14
<b>Capítulo cinco:</b>	
<b>Derechos, responsabilidades y confidencialidad</b> .....	15
Derechos del miembro de Basic Health.....	15
Responsabilidades del miembro de Basic Health .....	16
Consentimiento informado .....	16
Directivas anticipadas.....	16
Confidencialidad.....	16
Información de salud personal .....	16
Información de la cuenta.....	17
<b>Capítulo seis:</b>	
<b>Reclamos, quejas y apelaciones</b> .....	19
Reclamos contra su plan de salud .....	19
Apelaciones a su plan de salud .....	19
Quejas contra Basic Health.....	20
Apelaciones a Basic Health .....	20
<b>Capítulo siete:</b>	
<b>Planes de salud y proveedores</b> .....	21
Cómo trabajan los planes de salud .....	21
Tarjetas de identificación.....	21
El derecho de rechazar ciertos servicios .....	22
Proveedor principal de cuidados (PCP) .....	22
Servicios de atención a la salud para mujeres .....	22
<b>Capítulo ocho:</b>	
<b>Servicios cubiertos y costos para los miembros</b> .....	23
Atención de Emergencia .....	23
Período de espera por condiciones preexistentes .....	23
Transplantes de órganos.....	23
Cuidado de maternidad .....	23
Cuando su embarazo termina.....	24
Costos para los miembros .....	25
Qué hago si recibo una factura por servicios cubiertos .....	25
Si un tercero es responsable de su lesión o enfermedad .....	26
<b>Apéndice A:</b>	
<b>Programa de beneficios</b> .....	27
<b>Apéndice B:</b>	
<b>Crédito Tributario por Cobertura de Seguro de Salud (HCTC) - Basic Health</b> .....	41
<b>Apéndice C:</b>	
<b>Definición de Términos</b> .....	45
<b>Índice</b> .....	49



# Introducción

Basic Health ofrece cobertura de salud de calidad y bajo costo para personas elegibles que viven en el Estado de Washington. Es un programa estatal administrado por la Autoridad de Salud del Estado de Washington (HCA). La HCA contrata planes de salud para ofrecer cobertura de Basic Health y Basic Health *Plus*. Cada plan de salud trabaja con hospitales, clínicas, farmacias, médicos y demás proveedores para servir a los miembros de Basic Health y Basic Health *Plus*.

Si alguno de los miembros de su familia está inscrito en Basic Health *Plus* o en el Programa de Beneficios de Maternidad, debería haber recibido *la Guía de Basic Health Plus y el Programa de beneficios de maternidad*, con información específica sobre estos programas.

Usted debe proporcionar a Basic Health la información necesaria para determinar la continuidad de su elegibilidad en el programa. Además, debe proporcionarle a su plan de salud toda la información que necesite para procesar sus reclamos, incluyendo historias clínicas.

Debe cumplir las reglas de su plan de salud para recibir los beneficios descritos en este manual. Las reglas podrían ser diferentes entre los distintos planes de salud. Asegúrese de leer los materiales informativos de su plan de salud para obtener detalles y llámelos si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios.

**Este manual es su “certificado de cobertura.”** Describe los que Basic Health cubre y las reglas que debe seguir cuando utiliza su cobertura. Este manual está sujeto a

las leyes estatales que rigen a Basic Health (Capítulo 70.47 RCW) y los reglamentos administrativos de Basic Health (Capítulo 182-25 del Código Administrativo de Washington). Si existiera algún conflicto entre este manual y la ley, regirá la ley.

**Mantenga a mano este *Manual del Miembro* y consúltelo cuando tenga una pregunta acerca de sus beneficios.** Basic Health podría enviar otra documentación importante, como ser *las Páginas Hot Policy* y los materiales de la inscripción abierta.

Esto podría incluir actualizaciones de este manual. Siempre guárdelos junto con su *Manual del Miembro*.

**Si está inscrito en Basic Health como un afiliado del Crédito Tributario por Cobertura de Seguro de Salud (HCTC), lea primero el Apéndice B de este manual.**

**En todo este manual la palabra “usted” se refiere, generalmente, al suscriptor principal de la cuenta de Basic Health o a un adulto encargado de leer y consultar la información de cobertura en representación de un menor inscrito.**



## Capítulo uno:

# Elegibilidad para los Programas de Basic Health

Basic Health se encuentra disponible para toda persona que viva en Washington y:

- **Cumpla los requisitos de ingresos (ver página 5-6);**
- **No sea elegible para Medicare gratuito o adquirido;**
- **Al momento de la inscripción, no esté internada ni resida en una institución financiada por el gobierno que antiguamente haya brindado atención a la salud; y**
- **No esté asistiendo a la escuela a tiempo completo en los Estados Unidos con una visa estudiantil.**

Algunos programas específicos podrían tener requisitos de elegibilidad adicionales. Basic Health también está disponible para personas elegibles para el Programa de Crédito Tributario por Cobertura de Seguro de Salud a través del Servicios de Impuestos Internos (IRS), independientemente si satisfacen o no los requisitos mencionados anteriormente.

Los miembros de la familia que deberían consignarse como dependientes en su cuenta (aunque no se estén inscribiendo para la cobertura) incluyen a:

- **Su cónyuge que resida en el mismo hogar y que no esté legalmente separado de usted.**
- **Su hijo(a) soltero(a), hijastro(a); menor legalmente adoptado y menor colocado en su hogar con motivos de adopción o bajo su tutela legal, que sea:**
  - Menor de 19 años; o
  - Menor de 23 años y estudiante a tiempo completo en una escuela acreditada. Se le requiere enviar comprobante escolar todos los años cuando su dependiente tiene entre 19 y 22 años de edad, para corroborar que éste es un estudiante a tiempo completo. Si su dependiente mayor de 18 años deja de ser un estudiante a tiempo completo, usted debe notificar a Basic Health dentro de los primeros 30 días después de producido el cambio.
- **Su hijo(a) soltero(a) menor de 19 años que se inscribe para la cobertura de Basic Health y está bajo su custodia a través de un acuerdo informal de tutela firmado por los padres del menor y el cual lo autoriza a usted a obtener atención médica para el menor. Para solicitar la cobertura para un menor que vive con usted bajo este tipo de acuerdo, debe proporcionar copia del acuerdo de tutela y comprobante de que está proporcionando,**

**al menos, el 50 por ciento de la manutención del menor. No puede consignar un menor que reside en su hogar bajo un acuerdo de cuidado suplente.**

- **Su hijo(a) soltero(a), hijastro(a), menor adoptado legalmente o dependiente legal de cualquier edad que no tenga la capacidad para mantenerse por sí solo(a) debido a una incapacidad. Usted debe presentar prueba de la incapacidad. Si el dependiente incapacitado no es su hijo natural o adoptado, usted debe proporcionar comprobante de la tutela legal.**

Los miembros de su familia que no son elegibles para la cobertura de su cuenta podrían inscribirse individualmente - por ejemplo, un menor que ha cumplido 19 años de edad que no tiene una incapacidad o que no es estudiante a tiempo completo. Este miembro de la familia debe completar una solicitud de Basic Health separada.

## Inscripción de la familia

Los individuos podrían solicitar Basic Health, Basic Health *Plus*, el Programa de beneficios de maternidad o demás programas para ellos y para miembros de la familia que califiquen. Usted y los miembros de su familia podrían inscribirse en programas diferentes. Por ejemplo, usted puede inscribirse en Basic Health, su esposa en el Programa de beneficios de maternidad y su hijo en Basic Health *Plus*.

## Primas

**Los pagos de las primas vencen el 5to día del mes antes del mes correspondiente a la cobertura; el monto y la fecha de vencimiento se consignan en cada factura mensual.** Se le envía su factura aproximadamente seis semanas antes del mes cubierto por dicho pago. Por ejemplo, la factura de la cobertura de agosto se envía a mediados de junio y el pago vence el 5 de julio.

Si no paga a tiempo la prima en su totalidad, Basic Health le enviará un aviso por incumplimiento. Este aviso incluirá la factura por el monto adeudado (llamado saldo adeudado) y la prima de cobertura del mes siguiente. Basic Health debe recibir el pago de todo monto adeudado antes de la fecha de vencimiento o su cobertura será suspendida por un mes. Los pagos parciales o los cheques que no puedan ser procesados (por ejemplo, por insuficiencia de fondos u omisión de firma)

se considerarán un incumplimiento del pago y podrían resultar en la pérdida de su cobertura. Para obtener mayor información, vea la página 13.

## **Basic Health Plus**

Basic Health *Plus* es un programa de Basic Health y del Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) para niños menores de 19 años. Con Basic Health *Plus*, los niños reciben cobertura de salud adicional, como atención dental, de la vista y terapia física. Los niños inscritos en Basic Health *Plus* reciben los servicios a través del mismo plan de salud que le brinda su cobertura de Basic Health.

Su familia tendrá que cumplir con los requisitos de ingresos de DSHS, los cuales se encuentran disponibles en su sitio en la red (<https://www2.wa.gov/dshs/onlinecsol/Medical.asp>). Los niños deben ser sus dependientes legales, residir en su hogar, y:

- Ser menores de 19 años;
- Ser ciudadanos norteamericanos o inmigrantes que han residido legalmente en los Estados Unidos por cinco años;
- No estar inscritos en ningún otro plan de salud administrado, incluyendo TRICARE; y
- No recibir el subsidio Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF) de DSHS.

Para algunos servicios de Basic Health *Plus*, tales como la atención dental y de la vista, el estado le paga directamente al proveedor.

Si desea que se transfiera la cobertura de su hijo de Basic Health a Basic Health *Plus*, llame al 1-800-842-7712 o visite nuestro sitio en la red ([www.basichealth.hca.wa.gov](http://www.basichealth.hca.wa.gov)) para pedir una solicitud de Basic Health *Plus*

## **Programa de beneficios de maternidad**

El Programa de beneficios de maternidad es un programa de Basic Health y DSHS que le brinda a las mujeres embarazadas una cobertura de maternidad total, generalmente a través de los mismos proveedores y plan de salud elegidos para la cobertura de Basic Health. Ver página 23-24 para mayor información acerca de la cobertura de maternidad.

## **Basic Health para padres suplentes y trabajadores de cuidados personales**

Si actualmente cuenta con una licencia como padre suplente otorgada por DSHS o está bajo contrato con DSHS como proveedor de cuidados personales y satisface los requisitos de ingresos de Basic Health, usted podría pagar aún menos por la cobertura de Basic Health.

Para mayor información o para solicitar un paquete de solicitud para padres suplentes o proveedores de cuidados personales, llame al 1-800-321-0291 o visite el sitio en la red de Basic Health.

## **Basic Health a través de su empleador, patrocinador financiero o agencia de cuidado en el hogar**

Los empleadores, agencias de cuidado en el hogar y patrocinadores financieros pueden inscribir a sus empleados o miembros patrocinados en Basic Health. Su empleador o patrocinador paga su prima, pero podría cobrarle parte de ésta a usted. Su contacto principal con Basic Health será a través de su empleador o patrocinador.

Si su empleador, agencia de cuidado en el hogar o patrocinador financiero no paga las primas a tiempo, o si usted ha dejado de reunir los requisitos para la cobertura a través de ellos, podría retirarse su inscripción. Si se retira la inscripción de su organización completa, Basic Health le ofrecerá cobertura individual; sin embargo, podría tener una suspensión en la cobertura.

## **Crédito Tributario por Cobertura de Seguro de Salud**

Si usted está inscrito en Basic Health a través del programa federal de Crédito Tributario por Cobertura de Seguro de Salud (HCTC), por favor lea el Apéndice B de este manual. Si no está inscrito en el programa HCTC a través de Basic Health, pero cree que podría calificar, llame al 1-866-628-4282 o visite [www.irs.gov](http://www.irs.gov) (clave: HCTC).

# Capítulo dos:

## Requisitos de ingresos

### Cómo se calcula su ingreso

Basic Health requiere talones de pago actuales y una copia de su formulario 1040 del IRS del año tributario más reciente con todos los anexos presentados. Analizaremos el ingreso de ambas fuentes y utilizaremos la que refleje mejor su ingreso.

Si no puede suministrar la documentación del IRS (no se le requirió presentar su declaración de impuestos), utilizaremos su documentación de ingreso más reciente a menos que su ingreso sea estacional. Si Basic Health determina que su ingreso es estacional, utilizaremos un promedio de su ingreso durante varios meses. Se le podría solicitar que proporcione documentación adicional.

Si declara ingreso por trabajo independiente o renta, Basic Health utilizará un promedio de 12 meses de dichos ingresos, a menos que haya tenido el negocio o la renta de la propiedad por menos de 12 meses. Al calcular su ingreso por trabajo independiente, Basic Health no deducirá depreciación, amortización o costos de oficina en el hogar. No se utilizará una pérdida neta de este cálculo para compensar otros recursos de ingreso (una pérdida es igual a cero).

Si pagó por el cuidado de niños o por el cuidado de un dependiente incapacitado para que usted y/o su cónyuge pudieran trabajar o asistir a la escuela, podría permitírsele deducir los gastos hasta un máximo de \$650 por mes, por hijo o dependiente incapacitado. Se requiere la documentación que demuestre el monto pagado y a quién se lo pagó. (Esto no contará si se le paga al padre/madre o padrastro/madrastra del menor, o a otro dependiente del suscriptor principal.) Si los gastos fueron por el cuidado de un dependiente incapacitado, se le requerirá proporcionar la documentación que indique la incapacidad y que el dependiente no puede cuidarse a sí mismo y, si el cuidado es durante horario escolar, que esta persona no puede asistir a una escuela pública.

La elegibilidad y las primas para la mayoría de los programas de Basic Health se basan en el ingreso bruto de la familia, el cual se ajusta según el número de personas en la familia (el “grupo de ingresos” de la familia). El siguiente cuadro muestra los grupos de ingreso utilizados para determinar la elegibilidad y las primas hasta junio de 2006. Después del 30 de junio de 2006, por favor visite nuestro sitio en la red ([www.basichealth.hca.wa.gov](http://www.basichealth.hca.wa.gov)) o llame al 1-800-321-0291 para obtener información. Para encontrar su grupo de ingresos, busque el tamaño de su familia y el ingreso **bruto** mensual de la familia (antes de los impuestos y demás deducciones).

La información contenida en los capítulos 2-4 no se aplica a los miembros de HCTC-Basic Health.

# Cuadro de ingresos

	Número de personas en su familia							Grupo de Ingresos
	1	2	3	4	5	6	7	
<b>Ingreso Bruto Mensual</b>	\$0 – \$518.37	\$0 – \$694.95	\$0 – \$871.54	\$0 – \$1,048.12	\$0 – \$1,224.70	\$0 – \$1,401.29	\$0 – \$1,577.87	<b>A</b>
	518.38 – 797.49	694.96 – 1,069.16	871.55 – 1,340.83	1,048.13 – 1,612.49	1,224.71 – 1,884.16	1,401.30 – 2,155.83	1,577.88 – 2,427.49	<b>B</b>
	797.50 – 996.87	1,069.17 – 1,336.45	1,340.84 – 1,676.04	1,612.50 – 2,015.62	1,884.17 – 2,355.20	2,155.84 – 2,694.79	2,427.50 – 3,034.37	<b>C</b>
	996.88 – 1,116.49	1,336.46 – 1,496.83	1,676.05 – 1,877.16	2,015.63 – 2,257.49	2,355.21 – 2,637.83	2,694.80 – 3,018.16	3,034.38 – 3,398.49	<b>D</b>
	1,116.50 – 1,236.12	1,496.84 – 1,657.20	1,877.17 – 2,078.29	2,257.50 – 2,499.37	2,637.84 – 2,920.45	3,018.17 – 3,341.54	3,398.50 – 3,762.62	<b>E</b>
	1,236.13 – 1,355.74	1,657.21 – 1,817.58	2,078.30 – 2,279.41	2,499.38 – 2,741.24	2,920.46 – 3,203.08	3,341.55 – 3,664.91	3,762.63 – 4,126.74	<b>F</b>
	1,355.75 – 1,475.37	1,817.59 – 1,977.95	2,279.42 – 2,480.54	2,741.25 – 2,983.12	3,203.09 – 3,485.70	3,664.92 – 3,988.29	4,126.75 – 4,490.87	<b>G</b>
	1,475.38 – 1,595.07	1,977.96 – 2,138.44	2,480.55 – 2,681.80	2,983.13 – 3,225.16	3,485.71 – 3,768.52	3,988.30 – 4,311.88	4,490.88 – 4,855.24	<b>H</b>

Válido hasta el 30 de junio de 2006

La información contenida en los capítulos 2-4 no se aplica a los miembros de HCTC-Basic Health.

# Capítulo tres:

## Cómo hacer cambios y mantener la elegibilidad

Los cambios en su cuenta podrían afectar su cobertura de Basic Health. Dichos cambios deben informarse a Basic Health dentro de los plazos indicados en este capítulo. Puede utilizar el *Formulario de Cambios* incluido con su factura mensual para realizar algunos cambios en su cuenta. Para obtener otros formularios, llame a nuestra línea automatizada de autoservicio las 24 horas del día al 1-800-842-7712 o visite nuestro sitio en la red. También puede escribir a Basic Health a: PO Box 42683, Olympia, WA 98504-2683.

Si está inscrito a través de su empleador o de un patrocinador financiero, asegúrese también de que esta persona tenga conocimiento acerca de los cambios relacionados con sus ingresos o su familia debido a que podría afectar el monto que usted paga por su cobertura. Si tiene preguntas, comuníquese con su patrocinador financiero, empleador o con la oficina encargada de la nómina de pagos.

### Cambio de planes de salud

La inscripción abierta es el único momento en el año en el que puede cambiar su plan de salud (si hay más de un plan disponible en su área), excepto según se indique en otro lugar de esta sección. Para la inscripción abierta, Basic Health le enviará información acerca de cualquier cambio en su cobertura y le informará sobre los planes de salud en su área como así también las primas mensuales de cada uno. Se le notificará antes de cada período de inscripción abierta y se le darán instrucciones para efectuar cambios.

Fuera del período de inscripción abierta, solo podrá cambiar de planes de salud bajo ciertas condiciones. Las mismas se explican más adelante en este capítulo. No puede cambiar planes de salud debido a que su proveedor ya no se encuentra en su plan de salud. (En algunos casos se podría hacer una excepción si usted puede comprobar que necesita continuar un plan de tratamiento en curso con un proveedor específico.) Cuando cambie de planes de salud, recuerde que cada plan de salud contrata a

distintos proveedores y cuenta con su propia lista de medicamentos con receta. Llame al plan de salud o a su proveedor para averiguar si éste tiene un contrato con el plan de salud que está considerando. Si está tomando algún medicamento con receta, comuníquese con el plan de salud para averiguar si éste será cubierto.

Si cambia de planes de salud, todos los servicios aprobados por su plan anterior deberán ser revisados y aprobados nuevamente por el nuevo plan de salud. Además, su deducible y desembolso máximo comenzarán nuevamente. Consulte con su plan de salud para información adicional.

Basic Health hará lo posible para asegurar que su plan de salud esté disponible durante todo el año. Sin embargo, si su plan de salud deja de estar disponible, se le solicitará que elija uno de los planes en su condado. Si solo hay un plan de salud disponible, se le asignará a dicho plan.

### Cambios de domicilio

Debe notificar a Basic Health sobre su nuevo domicilio dentro de los 30 días de producido el cambio. Debe llamar a Basic Health al 1-800-321-0291, completar y devolver el *Formulario de Cambios* incluido con su factura, o escribir a Basic Health a: PO Box 42683, Olympia, WA 98504-2683. Incluya su número de identificación de Basic Health, su nombre, nuevo domicilio y condado, su domicilio anterior y su nuevo número telefónico. Asegúrese de indicar si su nuevo domicilio es permanente o temporal (menos de tres meses) y si su domicilio postal es distinto de su domicilio residencial.

Si se muda fuera del Estado de Washington, se le retirará la inscripción de Basic Health. Si se muda fuera del área de servicio de su plan de salud, deberá elegir un nuevo plan de salud. Si su plan de salud actual aún se encuentra disponible, pero tendrá un costo superior o tiene opciones de planes que no se encontraban disponibles antes de su mudanza, podría solicitar un cambio de plan. Mientras espera ser transferido a su nuevo plan de salud, deberá continuar utilizando su plan de salud anterior para todo

La información contenida en los capítulos 2-4 no se aplica a los miembros de HCTC-Basic Health.

excepto para los servicios de emergencia. Cuando cambie su plan de salud, su deducible y desembolso máximo comenzarán nuevamente.

**Advertencia:** Basic Health verifica nuevamente los domicilios con el Servicio de Correos de los Estados Unidos, por lo tanto, asegúrese de notificar todo cambio de domicilio a su oficina postal.

## Dependientes que viven lejos del hogar

Si su dependiente vive lejos de su hogar, según se describe a continuación, Basic Health cubrirá solamente servicios de emergencia cuando esta persona se encuentre fuera del estado o permanezca en un condado que no esté cubierto por su plan de salud. Los servicios de rutina deberán programarse cuando esta persona se encuentre en el hogar.

### Fuera del condado

Si su hijo(a) reside en un condado diferente, podría elegir un plan de salud que preste servicios en el condado donde está su hogar como así también en el condado en el que su hijo(a) reside. Cuando sea necesario, Basic Health permitirá que su dependiente se inscriba en un plan de salud diferente bajo una cuenta separada para que pueda recibir los servicios en el condado en donde esta persona reside. Se le enviará una factura separada para esa cuenta.

### Fuera del estado

Si su hijo(a) es residente del estado de Washington, pero vive lejos del hogar parte del tiempo (para asistir a la universidad, por ejemplo), él o ella podría ser elegible para recibir la cobertura de Basic Health mientras continúe siendo residente del estado de Washington y regrese al estado de Washington durante los recesos programados. Se le podría requerir que presente comprobante de matriculación fuera del estado o que la residencia del menor es en el estado de Washington.

## Cambios en la familia

Los miembros elegibles de la familia se pueden inscribir en Basic Health durante la inscripción abierta. En ese momento obtendrá información indicándole cómo inscribir a un miembro de la familia.

Se pueden agregar, retirar o inscribir miembros de la familia durante otros períodos del año según las pautas que se indican a continuación completando y presentando un *Formulario de Cambios en la Familia*. Agregar, inscribir o retirar un miembro de la familia podría cambiar su prima mensual. Usted recibirá una verificación escrita de todo cambio que se produzca en su cuenta. Asimismo, si disminuye el número de personas que viven en su hogar, podría perder su elegibilidad para Basic Health. Si no informa sobre los cambios en su cuenta dentro de los plazos requeridos, podría retirarse su inscripción. Para hacer cambios familiares en su cuenta, llame al 1-800-842-7712 o visite el sitio en la red de Basic Health para solicitar el *Formulario de Cambios en la Familia*. Cuando notifica a Basic Health de un cambio en el tamaño de la familia (tal como nacimiento, matrimonio, divorcio o fallecimiento), se le solicitará presentar comprobante de su ingreso actual y residencia en el estado de Washington.

- **Pérdida o transferencia desde otra cobertura continua:** Si usted o un miembro de su familia se retiró o eligió no inscribirse bajo la cobertura de Basic Health debido a que usted o dicha persona tenían otra cobertura de atención a la salud, y luego esa persona perdió o desea transferirse desde dicha cobertura, debe enviar su solicitud a Basic Health antes de transcurridos 30 días desde la pérdida de la cobertura. Debe proporcionar comprobante de la otra cobertura continua.
- **Inscripción de un nuevo miembro de la familia:** Para inscribir a un nuevo cónyuge, hijo(a) o dependiente, Basic Health debe recibir la solicitud adecuada dentro de los plazos establecidos a continuación. De otra manera, el miembro de la familia será contado para el tamaño familiar cuando se calcule su prima mensual, pero no tendrá cobertura.
  - **Matrimonio:** Dentro de los 30 días desde la fecha de su matrimonio.
  - **Recién nacidos o niños recién adoptados:** Dentro de los 60 días después del nacimiento o la colocación para la adopción.
  - **Otros dependientes** (estudiantes de 19 a 22 años, adulto incapacitado): Dentro de los 30 días desde la fecha en que se convirtió en su dependiente o se mudó a su hogar. Ver la página 3 para obtener detalles.

**Retirar a miembros de la familia:** Basic Health necesita un aviso sobre los siguientes cambios dentro de los plazos establecidos.

- **Divorcio/separación:** Debemos recibir un aviso dentro de los 30 días del divorcio o la separación. Si se ha reconciliado y está viviendo en el mismo hogar, debe notificar a Basic Health, por escrito, y nosotros levantaremos la separación de su cuenta.
- **Transferencia de un ex estudiante a una cuenta separada:** Debe notificar a Basic Health dentro de los 30 días desde la fecha en que la persona deje de asistir a la escuela a tiempo completo. Un ex estudiante que se retira de la cuenta de los padres debido a que él o ella ha dejado de ser un estudiante a tiempo completo puede solicitar la cobertura bajo una cuenta separada.

## Cuándo comienza la cobertura para los miembros de la familia añadidos

Si contrae matrimonio y sigue el procedimiento explicado en “Cambios en la familia” (más arriba), la cobertura para los nuevos miembros de la familia comenzará el primer día del mes después de haberse determinado la elegibilidad y que se haya recibido el pago total correspondiente.

Un hijo(a) recién nacido(a) o un hijo(a) adoptado(a) está cubierto(a) desde la fecha del nacimiento o de la adopción si usted o un miembro de la familia están inscritos en Basic Health o Basic Health *Plus*, y si Basic Health recibe la solicitud de inscripción del menor dentro de los 60 días siguientes al nacimiento o a la adopción. Si Basic Health recibe su solicitud después de los 60 días del nacimiento o la colocación del menor, éste será incluido en el tamaño de la familia únicamente para calcular su prima (esto generalmente reduce su prima), pero no tendrá cobertura médica. Ver página 8 para más información.

## Cambios en el ingreso

Si sus ingresos cambian, el monto de la prima mensual o su elegibilidad en Basic Health también podrían cambiar. Usted debe informar a Basic Health todo cambio en el ingreso en un plazo de 30 días a partir de que termina el primer mes con el nuevo ingreso. Debe continuar pagando su prima según la factura hasta que le notifiquemos el nuevo monto de la prima. (Ver información adicional en las páginas 10-11.)

Si comienza a recibir los beneficios del seguro social por discapacidad, debe notificar de inmediato a Basic Health.

Esto podría afectar su elegibilidad para Basic Health.

Cuando envíe la información sobre los ingresos a Basic Health, utilice la lista a continuación. Si esta lista cambiara, usted recibirá una actualización. Mantenga todas las actualizaciones junto con este manual.

### **Incluya comprobante de todos los ingresos percibidos de las siguientes fuentes:**

- Sueldos, salarios, comisiones, propinas y estudio por trabajo, estipendios por capacitación o ayudantías, incluyendo bonos
- Trabajo independiente
- Renta de una propiedad
- Desempleo
- Subsidios de huelga
- Jubilación del seguro social, cónyuge supérstite, incapacidad o ingreso de seguro suplemental (incluyendo el dinero recibido por niños dependientes)
- Jubilación y pensión
- Manutención de niño o pensión del cónyuge
- Beneficios de seguro y compensación por una lesión (que no sean reembolsos por una pérdida o costos médicos), incluyendo compensación laboral
- Intereses, dividendos, recaudación periódica de un fideicomiso, ganancias netas de capital y regalías
- Beneficios a veteranos de guerra y pensión militar
- Asistencia pública (asistencia en efectivo de DSHS)
- Caudal hereditario
- Ganancias netas por juegos de azar y lotería
- Cualquier otro ingreso no especificado en la lista “El ingreso no incluye”, a continuación

### **El ingreso no incluye:**

- Ingreso, como ser salarios obtenidos por niños dependientes (sin embargo, debe incluir las asignaciones de una corporación, sociedad o negocio, aún si dicha asignación es para un menor)
- Todo activo disminuido en virtud de un retiro bancario, o producto de la venta de propiedad, tal como una casa o automóvil
- Reembolso de impuestos, regalos o préstamos
- Ingreso de un miembro de la familia que vive en otra vivienda, cuando tal ingreso no se encuentre a disposición suya o de los dependientes elegibles
- Becas universitarias, subsidios, becas de perfeccionamiento

**La información contenida en los capítulos 2-4 no se aplica a los miembros de HCTC-Basic Health.**

- Beneficios que no son en efectivo (como ser estampillas para alimentos, almuerzos escolares o vivienda en lugar de salario)
- Pagos por asistencia en caso de adopción que se reciban del Departamento de Servicios Sociales y de Salud
- Asignaciones de una cuenta IRA

## Notificación de cambios de ingresos

Envíe una *Formulario de informe sobre los ingresos de la familia*, junto con documentación del ingreso actual y documentación del IRS correspondiente al año tributario más reciente. Puede obtener este formulario llamando al 1-800-842-7712 o visitando nuestro sitio en la red. (Ver “Recertificación” para informarse sobre la documentación del IRS y de ingresos aceptables.)

- Incluya la documentación sobre los gastos por cuidado de niño hasta \$650 por niño, si el cuidado de niño era necesario para que ambos padres trabajen o asistan a la escuela

Basic Health le enviará una *Declaración de elegibilidad personal*. Le mostrará todo cambio en su cuenta que afecte su prima mensual o elegibilidad para el programa. Ésta puede incluir una factura por un monto adicional que usted debe pagar como resultado del cambio.

## Recertificación

La ley estatal exige que Basic Health realice revisiones periódicas del ingreso de sus miembros y de la elegibilidad al programa. Esto se denomina “recertificación.” Bajo este proceso, los miembros de Basic Health están obligados a enviar comprobante de ingresos, beneficios y residencia en el estado de Washington. Ser elegido para este proceso no implica que Basic Health cree que usted ha proporcionado información incorrecta, sino que se trata de una obligación legal para todos nuestros miembros. Si tiene que esperar para la cobertura de Basic Health debido a que el programa está completo, podría tener la recertificación poco tiempo después del comienzo de la cobertura.

Si recibe un aviso de recertificación, Basic Health debe recibir toda la documentación solicitada antes de la fecha de vencimiento indicada en el aviso. De otra manera, usted y los miembros de su familia cubiertos perderán su cobertura durante por lo menos 12 meses. Si al finalizar los 12 meses usted solicita nuevamente la cobertura de Basic Health, en ese momento deberá proporcionar los comprobantes sobre su ingreso y su elegibilidad. Aún si se determina que usted es elegible pero Basic Health está completo, también deberá esperar hasta que haya cupo disponible.

Para completar su recertificación, se le requerirá que envíe todo lo siguiente:

- **Comprobante de que usted reside en el Estado de Washington.**
- **El *Formulario de Recertificación*** que se le envió, firmado por todo miembro de la familia inscrito de 18 años o mayor.
- **Copia de uno de los siguientes documentos** correspondiente al año tributario más reciente:
  - Su formulario 1040 del IRS (declaración federal de impuestos sobre el ingreso) y todos los anexos.
  - Transcripción del IRS de su declaración, si no tiene una copia de su Formulario 1040 del IRS
  - Verificación de su condición de exención del IRS si no se le requirió presentar una declaración de impuestos (condición de exento)
- **Copias de los talones de pago** correspondientes a los últimos 30 días de usted y su cónyuge.
- **Comprobante por escrito de todos los demás ingresos y beneficios** recibidos por su familia en los últimos 30 días.
- **Si usted trabaja de manera independiente o tiene un ingreso por renta**, una copia de todos los formularios comerciales y anexos presentados al IRS, una copia completa de sus Anexos K-1 (si corresponde) y un *Formulario de informe de ingresos por trabajo independiente o renta* si usted:
  - No se le requirió presentar una declaración de impuestos; o
  - Ha estado en una actividad comercial por menos de 12 meses.

Se le brindarán mayores detalles sobre lo que se requiere exactamente cuando se lo seleccione para esta recertificación.

## ¿Qué sucede si no informo sobre un cambio en el ingreso?

Su prima mensual se basa en parte en sus ingresos, por lo tanto debe informar a Basic Health sobre los cambios en sus ingresos. Nosotros revisamos con otras fuentes para asegurarnos que el ingreso informado por usted es correcto. Si descubrimos que usted no informó sobre un cambio en sus ingresos, deberá pagar la diferencia entre la prima que pagó y la prima que debería haber pagado.

Si esto ocurriera, Basic Health le enviará un aviso indicándole el monto que creemos que usted le debe al estado. Si usted cree que no le debe el monto indicado en ese aviso, deberá seguir las instrucciones de dicho aviso. Si no responde o si no puede probar que el monto del ingreso que presentó es correcto, Basic Health le facturará el monto que usted debe.

## ¿Qué sucede si no devuelvo el monto que adeudo?

Si se le envía una factura, usted debe pagar según el plan de facturación que le proporcionamos. Si no paga el monto total de su factura en el tiempo indicado, perderá su cobertura de Basic Health. (Para mayor información ver página 13.) Si usted no devuelve el monto total, se enviará su cuenta a una agencia de cobros y también deberá pagar cualquier honorario cobrado por dicha agencia.

## Penalidades legales

Basic Health puede facturarle el doble del monto adeudado si usted:

- Proporciona intencionalmente información engañosa o falsa sobre sus ingresos, o
- Retiene información sobre sus ingresos.

Si usted proporciona intencionalmente información falsa o engañosa o retiene información, Basic Health podría iniciar acciones legales adicionales, como ser:

- Acusación por perjurio, y
- Retiro inmediato de su inscripción a partir de la fecha en que su cobertura se haya visto afectada. Esto significa que le facturaremos el costo total de su cobertura de salud desde dicha fecha.

Además, si su plan de salud ha pagado por servicios durante un período en el cual usted estaba inscrito mediante un fraude, éste podría demandar que le devuelva lo pagado.



# Capítulo cuatro:

## Suspensión, retiro de la inscripción y reinscripción

### Suspensión

Si usted (o su patrocinador financiero o empleador, si está inscrito a través de ellos) no paga su prima a tiempo, usted podría perder la cobertura por un mes. Si paga la prima completa antes de la fecha de vencimiento del aviso de suspensión, se le reinscribirá el mes siguiente. Si pierde la cobertura por un mes, todos los pagos que haya efectuado hacia su deducible y desembolsos máximos permanecerán intactos.

### Retiro de la inscripción

Para cancelar la cobertura de Basic Health o Basic Health Plus para usted, un miembro de la familia o su familia completa, llame al 1-800-321-0291 o escriba a Basic Health a: PO Box 42683, Olympia, WA 98504-2683. Debe incluir:

- Su nombre y el número de identificación de Basic Health;
- El nombre de cada persona de la que desea retirar la inscripción;
- El motivo por el cual desea retirar la inscripción (especialmente si se trata de otro seguro, Medicare o Medicaid); y
- La fecha en la que desea finalizar su cobertura. Debemos recibir su solicitud del retiro de la inscripción al menos 10 días antes del primer día del mes en que desee que finalice la cobertura.

**Usted no es elegible para Basic Health y se retirará su inscripción si:**

- Abandona el estado de Washington con intención de no regresar o si su ausencia es por más de tres meses consecutivos.
- Es elegible para la cobertura gratuita o adquirida de Medicare, independientemente de si usted actualmente cuenta con la cobertura de Medicare.
- Su ingreso es superior a los requisitos de ingresos de Basic Health.

Si se retira su inscripción debido a que usted deja de ser elegible (según se explicó anteriormente) y sus circunstancias cambian, podría solicitar nuevamente la cobertura de Basic Health, pero podría tener que esperar hasta que haya cupo disponible.

**Se podría retirar su inscripción de Basic Health y no se le permitirá ingresar nuevamente durante por lo menos 12 meses si:**

- Es suspendido por falta de pago tres veces en un período de 12 meses o no se reinscribe el mes siguiente al mes de suspensión.
- Se le factura el monto de sobrepago realizado por Basic Health en su cobertura y usted no paga el monto según el plan de facturación que le proporcionamos. (Ver “¿Qué sucede si no informo sobre un cambio en el ingreso?” en la página 11.)
- No provee la documentación que Basic Health solicita para verificar su elegibilidad o su ingreso.
- Realiza alguna forma de abuso, mala conducta intencional o fraude en contra de Basic Health, su plan de salud o sus proveedores, o a sabiendas proporciona a Basic Health información falsa o engañosa.
- Retiene intencionalmente información requerida, como un cambio en el ingreso o el tamaño de la familia.

**También se puede retirar su inscripción de Basic Health si:**

- Deliberadamente coloca en riesgo la seguridad o propiedad de Basic Health o de su plan de salud, su personal, proveedores, pacientes o visitantes.
- Rechaza el cumplimiento de los procedimientos o tratamientos recomendados por su proveedor y considerados vitales para su salud o la salud de su hijo(a) por parte del director médico de su plan de salud, y su plan de salud le ha informado que no existe una forma alternativa de tratamiento.

La información contenida en los capítulos 2-4 no se aplica a los miembros de HCTC-Basic Health.

- Reiteradamente omite pagar los pagos adicionales, co-seguro o demás requisitos de costos compartidos de manera oportuna.
- Oculta a su plan de salud información que tiene acerca un tercero legalmente responsable o rehúsa colaborar con su plan de salud para el cobro al tercero legalmente responsable.

Las condiciones anteriores de pérdida de cobertura también se aplican a los miembros de la familia inscritos en su cuenta de Basic Health.

Los miembros de la familia inscritos en Basic Health *Plus*, o en el Programa de beneficios de maternidad a través de DSHS, pueden seguir en esos programas siempre y cuando sean elegibles, incluso si se suspende o se retira su inscripción en Basic Health por falta de pago de las primas requeridas.

Si se retira su cobertura, usted recibirá un aviso por escrito explicando las razones del retiro y la fecha en que dejará de ser efectiva.

## **Retiro de la inscripción del empleador, patrocinador financiero o agencia de cuidado en el hogar**

Si tiene la cobertura de Basic Health a través de su empleador, podría continuar su cobertura a través de la Ley federal Omnibus Consolidación de Reconciliación Presupuestaria (COBRA). Bajo COBRA, usted puede continuar su cobertura durante 18 meses; sin embargo, tendrá que pagar el costo completo de esa cobertura, incluyendo toda participación en la prima que antes pagaba su empleador. Contacte a empleador para determinar si reúne los requisitos para la cobertura COBRA.

Si ya no es elegible para la cobertura de su empleador, agencia de cuidados en el hogar o de su patrocinador financiero, pero todavía cumple con los requisitos de cobertura individual de Basic Health, este último le ofrecerá cobertura bajo una cuenta individual. Si recibe cualquier oferta de nuestra parte, nos debe indicar de inmediato si desea que lo transfiramos a su propia cuenta. Si así lo desea, debe pagar la prima para la cobertura continua.

## **Reinscripción**

Los procedimientos de reinscripción dependen de la razón por la cual terminó su cobertura de Basic Health y el tiempo que transcurrió desde la última vez que estuvo cubierto. Cuando vuelve a solicitar cobertura de Basic Health, se le puede requerir que presente una nueva solicitud, comprobante de ingresos y de residencia y comprobante de otras coberturas continuas.

En general, cuando se retira su inscripción de Basic Health, deberá esperar al menos 12 meses antes de que pueda reinscribirse, y quizás también deba esperar hasta que haya cupo disponible. Sin embargo, la espera de 12 meses para reinscribirse se puede evitar:

- Si cambió de cobertura y vuelve a solicitar la inscripción en Basic Health dentro de los 30 días desde que perdió la otra cobertura (se le pedirá que presente comprobante de la otra cobertura);
- Si se mudó fuera del estado y luego regresó para quedarse; o
- Se le retiró su inscripción porque ya no era elegible para la cobertura de Basic Health, pero ahora volvió a ser elegible.

Aún si está exento del período de espera de 12 meses para la reinscripción pero Basic Health no tiene cupo disponible, tendrá que esperar hasta que se encuentre disponible.

## Capítulo Cinco:

# Derechos, responsabilidades y confidencialidad

### Derechos del miembro de Basic Health

Como miembro de Basic Health, usted tiene el derecho de:

- Obtener avisos comprensibles o hacer que se le expliquen o interpreten los materiales.
- Recibir información oportuna sobre su plan de salud.
- Obtener respuestas corteses y rápidas de su plan de salud y Basic Health.
- Ser tratado con respeto.
- Que Basic Health, su plan de salud y sus proveedores protejan su confidencialidad.
- Obtener información acerca de todos los servicios médicos cubiertos por Basic Health.
- Escoger su plan de salud y su proveedor principal de cuidados de los planes de salud disponibles y sus redes contratadas de proveedores.
- Recibir atención médica adecuada sin discriminación, conforme al Apéndice A de este manual, sin importar su estado o condición de salud, sexo, etnia, raza, estado civil o religión.
- Obtener todos los servicios médicos cubiertos y suministros necesarios consignados en la sección Programas de Beneficios de Basic Health, sujetos a los límites, exclusiones y costos compartidos descritos en el Apéndice A.
- Tomar parte en las decisiones sobre la atención a la salud de usted y de sus hijos, incluyendo una conversación sincera sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias, independientemente del costo o de la cobertura.
- Recibir atención médica sin necesidad de largas esperas.
- Rehusar el tratamiento y ser informado acerca de los posibles resultados de esta acción, incluyendo si rehusar el tratamiento podría resultar en el retiro de su inscripción de Basic Health.
- Esperar que los registros y conversaciones con los proveedores sobre usted y sus hijos sean confidenciales.
- Obtener una segunda opinión de otro proveedor de su plan de salud cuando no esté de acuerdo con el tratamiento recomendado por el primer proveedor.
- Presentar una queja sobre el plan de salud o sobre los proveedores y obtener una respuesta oportuna.
- Presentar una apelación a su plan de salud o a Basic Health si no está satisfecho con alguna decisión que hayan tomado (consulte las páginas 19-20).
- Recibir una revisión de la decisión de Basic Health a una apelación, si no está de acuerdo con ella.
- Cambiar de proveedor principal de cuidados por una razón justificada (llame a su plan de salud para obtener asistencia).

## Responsabilidades del miembro de Basic Health

Como miembro de Basic Health, usted y/o sus dependientes inscritos tienen la responsabilidad de:

- Comprender lo referente a Basic Health.
- Informar sobre los cambios que podrían afectar su prima o su elegibilidad de manera correcta y oportuna, como ser un cambio de domicilio o un cambio en la condición familiar o de los ingresos, y enviar los formularios y la documentación que se requiere. (Lea los capítulos dos y tres respecto de los plazos e instrucciones.)
- Elegir un plan de salud en su área.
- Elegir un proveedor principal de cuidados de su plan de salud antes de recibir servicios.
- Trabajar con su plan de salud para ayudar a obtener pagos de terceros por atención médica.
- Informar a su plan de salud sobre toda fuente externa de cobertura de cuidados de la salud o pago, tal como la cobertura de un seguro por accidente.
- Informar a su proveedor principal de cuidados o al de sus hijos sobre problemas médicos y hacer preguntas cuando no entienda algo.
- Decidir si acepta recibir un tratamiento, un procedimiento o un servicio.
- Obtener atención médica de (o coordinada por) su proveedor principal de cuidados o el de sus hijos, excepto en casos de emergencia o de derivación a otro proveedor.
- Obtener una derivación de su proveedor principal de cuidados antes de que usted o sus hijos vean a un especialista.
- Abonar la totalidad de los pagos adicionales al momento del servicio.
- Pagar la totalidad de sus primas de Basic Health antes de la fecha de vencimiento.
- Pagar su deducible y co-seguro completamente antes de que estos venzan.
- No incurrir en fraude ni abuso al tratar con Basic Health, Basic Health *Plus*, el Programa de beneficios de maternidad, su plan de salud, su proveedor principal de cuidados u otros proveedores.
- Respetar las citas y ser puntual o llamar a la oficina del proveedor cuando usted o sus hijos estén retrasados o no puedan acudir a la cita.
- Mantener las tarjetas de identificación médica de los miembros con el respectivo miembro de la familia o con usted, si sus hijos son pequeños.

- Notificar al plan de salud o al proveedor principal de cuidados, en un plazo de 24 horas o tan pronto como sea posible cualquier servicio de emergencia rindado fuera del plan de salud.
- Utilizar únicamente su plan de salud y su proveedor principal de cuidados para coordinar los servicios según las necesidades de salud de su familia.
- Cumplir con los pedidos de información, incluyendo pedidos de historias médicas o información acerca de otra cobertura en la fecha requerida.
- Colaborar con su proveedor principal de cuidados y los proveedores a los que fue derivado siguiendo los procedimientos o tratamientos recomendados.
- Trabajar con su plan de salud para aprender cómo mantenerse en buen estado de salud.

## Consentimiento informado

**Usted tiene el derecho de otorgar su consentimiento para recibir tratamiento o atención.** Asegúrese de preguntarle a su proveedor sobre los efectos secundarios de su cuidado o el de su hijo(a). Usted tiene el derecho de saber acerca de estos y dar su consentimiento antes de obtener dicha atención.

## Directivas anticipadas

Las “directivas anticipadas” manifiestan por escrito sus opciones de atención a la salud. A su vez, pueden designar a alguna persona para que tome decisiones en nombre suyo si usted no puede hacerlo. Antes de firmar tal documento, hable sobre el tema con un abogado o asesor legal. La legislación del Estado de Washington cuenta con dos tipos de directivas anticipadas:

1. **Poder duradero para cuidado a la salud** – Designa a otra persona para que tome decisiones médicas por usted si es que usted está imposibilitado de hacerlo.
2. **Una directiva a los médicos (testamento en vida)** – Un documento que le permite indicarle al médico lo que usted desea o no que se realice si padece de una condición terminal o está inconciente de manera permanente.

## Confidencialidad

### Información de salud personal

La Autoridad de Salud no cederá a nadie, excepto a usted o a su plan de salud, información personal referente a la salud proporcionada verbalmente, electrónicamente o por escrito sin previa autorización escrita. Excepciones: Basic Health y DSHS podrían intercambiar información acerca de su embarazo.

## Información de la cuenta

Sin su autorización escrita, la Autoridad de Salud del Estado de Washington no puede proporcionar a nadie, excepto a usted o a su plan de salud, información personal referente a la elegibilidad, inscripción, primas mensuales o información sobre pagos.

Excepciones:

- Si su empleador, una agencia de cuidados en el hogar o un patrocinador financiero está pagando sus primas, podría cederse información limitada a su representante. Pregúntele a él o ella por más detalles.
- La información de un menor dependiente será cedida a cualquiera de los padres.
- Su información podría compartirse con DSHS si éste paga cualquier parte de su prima (por ejemplo, si usted está solicitando inscribirse en Basic Health *Plus* o en el Programa de beneficios de maternidad, o como padre suplente, proveedor de cuidado personal o proveedor de cuidado en el hogar).
- Al proporcionarle información a la autoridad legal.

Si desea que alguien más (como una persona amiga o un pariente) tenga acceso o haga cambios en su cuenta, usted debe enviar una autorización escrita a Basic Health. Asegúrese de firmar y fechar su carta, incluir el nombre de la persona, la relación con usted, la información que desea compartir o los cambios que ésta puede hacer en su cuenta. Sólo la información que usted especifique será cedida. Asimismo, usted debe especificar si está autorizando a esta persona por un período de tiempo específico o por todo el tiempo que usted permanezca inscrito en Basic Health. Cuando esta persona llame, necesitará tener preparado su número de identificación de Basic Health y se le pedirán otros datos de identificación.

El aviso de privacidad de la HCA está disponible a solicitud de los interesados llamando al 360-923-2822 o en Internet en **[www.hca.wa.gov](http://www.hca.wa.gov)**.



# Capítulo seis:

## Reclamos, quejas y apelaciones

Si tiene un reclamo o una apelación acerca de los servicios de su plan de salud, de sus proveedores o de sus beneficios, contáctese con su plan de salud directamente. Puede encontrar los números telefónicos gratuitos en la contratapa de este manual. Si no está de acuerdo con la decisión tomada acerca de la falta de elegibilidad para el Crédito Tributario por Cobertura de Seguro de Salud, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente de HCTC para obtener más información. (Ver Apéndice B para información de contacto con el programa HCTC.) Si tiene una queja acerca de una acción tomada por Basic Health, llame al 1-800-321-0291. Si llama a Basic Health o a su plan de salud, es importante que anote la fecha de la llamada, el nombre de la persona con quien hable y si esta persona pertenece a Basic Health o a su plan de salud.

Su plan de salud tiene la obligación de brindarle información sobre sus procesos de reclamos y apelaciones cuando usted:

- Se inscribe,
- Anualmente o cuando se realice un cambio en sus procesos de reclamos y apelaciones, y
- Cuando su plan de salud le envíe un aviso de negación de un beneficio o servicio o un aviso de una decisión de apelación.

### Reclamos contra su plan de salud

Si no está de acuerdo con una decisión tomada por su plan de salud (como por ejemplo la desestimación de un reclamo o los beneficios de interpretación) o tiene algún reclamo acerca de los servicios, los proveedores o los establecimientos de su plan de salud, usted debe seguir los procedimientos de su plan de salud para resolver problemas. Usted contará con los servicios del personal de Basic Health para resolver el problema de manera informal, pero el asunto no podrá apelarse ante Basic Health. Puede presentar un reclamo por escrito, en persona ante la oficina del plan de salud o telefónicamente. El plan de salud le ayudará con este proceso.

Si usted presenta un reclamo ante su plan de salud, éste debe contestarle dentro de 30 días de su recepción.

Si usted presenta un reclamo contra un servicio, un proveedor o un establecimiento del plan de salud, las leyes del estado de Washington limitan la información que el plan de salud puede proporcionarle con relación a la resolución de su reclamo.

### Apelaciones a su plan de salud

Si recibe una negación para un servicio o el plan de salud cambió un servicio que ya había sido aprobado, puede presentar una apelación. Una apelación es una petición con el fin de que el plan de salud reconsidere su decisión. Puede presentar una apelación o un reclamo por escrito, en persona ante la oficina del plan de salud o telefónicamente. El plan de salud le ayudará con este proceso.

Cuando presente una apelación ante su plan de salud:

- Dentro de los cinco días hábiles, el plan de salud le enviará una carta indicándole que recibieron su apelación.
- Dentro de 14 días calendario, su plan de salud debe responderle por escrito con una decisión o con un aviso indicando un motivo por la demora. Sin embargo, a menos que usted esté de acuerdo con una demora adicional, la decisión deberá realizarse dentro de los 30 días calendario después de que el plan de salud recibió su apelación.

Si la espera de dicha decisión puede poner en riesgo su salud, usted podría solicitar o hacer que su proveedor solicite una revisión acelerada (rápida). El plan de salud tomará una decisión dentro de las 72 horas después de recibir una apelación acelerada.

Si usted ha agotado todos los medios del proceso de apelación del plan de salud y no está de acuerdo con su decisión, o si su plan de salud no ha respondido a su solicitud dentro de los plazos indicados anteriormente, usted tiene el derecho de solicitar que una organización de revisión independiente (IRO) se encargue de evaluar la decisión. Esto se realiza a través de su plan de salud y sin costo alguno para usted. La ley exige que su plan de salud proporcione a la organización de revisión independiente toda la información utilizada para tomar su decisión dentro de un plazo de tres días hábiles después de

recibida la solicitud. También se le podría solicitar a usted proporcionar información o documentación adicional necesaria para la decisión de la organización de revisión independiente. Si la espera de dicha decisión puede poner en riesgo su salud, puede solicitar una revisión acelerada (rápida). La IRO tomará una decisión en un plazo de 72 horas. El plan de salud le hará saber el resultado.

Usted puede elegir a alguna persona, incluso un abogado o un proveedor, como representante personal para que actúe en su nombre en la apelación. El plan de salud debe recibir un consentimiento escrito de su parte autorizando a esta persona a representarlo antes de que esta persona pueda actuar en su nombre. Para mayor información contacte a su plan de salud.

## **Quejas contra Basic Health**

Si tiene una queja o desea una explicación acerca de una acción tomada por Basic Health en su cuenta, escriba a Basic Health a: PO Box 42683, Olympia, WA 98504-2683, o llame al 1-800-321-0291. Un representante tratará de resolver su problema.

## **Apelaciones a Basic Health**

Si usted no está de acuerdo con una decisión tomada por Basic Health; como por ejemplo, el cálculo de la prima, ajuste de la prima o penalidad, cambio de plan de salud, negación de elegibilidad a Basic Health o pérdida de la cobertura de Basic Health, usted puede presentar una apelación por escrito ante Basic Health dentro de 30 días del aviso de la decisión. Escriba a Basic Health Appeals, PO Box 42690, Olympia, WA 98504-2690, manifestando su intención de presentar una apelación. Su carta debe incluir su nombre, dirección, número de identificación de Basic Health, un número telefónico en el que se le pueda ubicar durante el día y un resumen de la decisión que usted está apelando, indicando los motivos por los que usted considera que la decisión fue incorrecta. Asimismo, usted debe incluir copias de toda evidencia que ayude a explicar o probar que la decisión debe modificarse. Si no se recibe su apelación dentro de 30 días del aviso de la decisión, usted perderá su derecho a apelar tal decisión.

En su apelación podría pedirle que explique en persona o por teléfono la razón por la cual cree que la decisión fue incorrecta y debe modificarse. Asegúrese de informarnos si necesita un intérprete y, de ser el caso, qué idioma o dialecto habla. Asimismo, infórmenos si necesita algún tipo de asistencia debido a una incapacidad.

Cinco días después de haber recibido su carta, Basic Health le enviará una confirmación escrita de la recepción de su apelación. Si usted ha solicitado explicar su apelación por teléfono o en persona, nuestro Departamento de Apelaciones se pondrá en contacto con

usted para programar una conferencia. La conferencia será grabada para la precisión del registro y se le preguntará y se le dará la oportunidad de explicar su punto de vista. Usted deberá estar preparado para proporcionar información detallada para respaldar su opinión de por qué cree que la decisión es errónea.

Su apelación será revisada minuciosamente y Basic Health le enviará una decisión por escrito dentro de 60 días a partir de la recepción de su apelación. Si se requiere tiempo adicional para la investigación de su apelación, se le notificará por escrito y se establecerá una fecha para la decisión.

Si usted no está de acuerdo con la decisión de Basic Health sobre su apelación, usted podrá solicitar otra revisión de la decisión verbalmente o escribiendo a: Basic Health Appeals, PO Box 42690, Olympia, WA 98504-2690. Basic Health debe recibir su solicitud de revisión dentro de los 30 días después de la fecha en que Basic Health le notifique su decisión sobre la apelación. En su carta usted deberá explicar que solicita una revisión de la decisión de Basic Health con respecto a la apelación. Se le requerirá presentar por escrito evidencia adicional para expresar por qué cree que la decisión de su apelación fue incorrecta. Asimismo, proporcione un resumen de la decisión que está apelando, por qué considera que la decisión es incorrecta y un número de teléfono donde podamos contactarle durante el día. Además, el pedido debe incluir toda evidencia que no haya sido provista y en lo que usted se basará para explicar por qué cree que Basic Health actuó incorrectamente. Si no se recibe su solicitud de revisión dentro de los 30 días desde el aviso del resultado de la apelación, usted perderá su derecho a una revisión.

La Oficina de Audiencias Administrativas revisará las decisiones de apelación de Basic Health en lo que respecta al retiro de la inscripción por incumplimiento con los pagos. El funcionario designado por el Administrador de la Autoridad de Salud (HCA) revisará las decisiones de Basic Health con respecto a la apelación relacionada con todos los demás asuntos, basándose en el registro de la apelación y en la evidencia que usted envíe. Asegúrese de incluir toda la información que desea que se tome en cuenta. El funcionario encargado podría contactarse con usted para obtener mayor información, pero generalmente no se le ofrecerá la oportunidad de explicar en persona o por teléfono en esta etapa del proceso. HCA le notificará por escrito la decisión final.

Usted puede elegir a alguna persona, incluso un abogado o un proveedor, como representante personal para que actúe en su nombre en la apelación. Basic Health debe recibir un consentimiento escrito de su parte autorizando a esta persona a representarlo antes de que esta persona pueda actuar en su nombre. Comuníquese con Basic Health para obtener mayor información.

# Capítulo siete:

## Planes de salud y proveedores

### Cómo trabajan los planes de salud

Todos los planes de salud ofrecen los mismos beneficios básicos y requieren que usted elija un proveedor principal de cuidados (PCP) para coordinar o brindar su atención médica. Los costos, proveedores y establecimientos, los medicamentos con receta cubiertos, los servicios de derivación y otros requisitos pueden variar según el plan de salud.

Cada plan de salud contrata a varios proveedores y establecimientos (llamada 'red de proveedores' de los planes de salud). Su plan de salud podría derivarlo a un especialista o establecimiento que no pertenezca a la red de proveedores de su plan de salud si usted o su hijo(a) necesita un proveedor o un hospital no disponibles en la red de su plan de salud. Usted debe obtener la aprobación de su plan de salud para ser tratado por un proveedor o en un establecimiento no incluidos en la red de proveedores de su plan de salud, excepto en el caso de una emergencia (ver página 23).

Algunos planes de salud podrían contratar a grupos de proveedores llamados subredes; **lo cual podría restringir sus opciones de proveedores.** Podría requerírsele consultar con especialistas o acudir a establecimientos, tales como hospitales, que formen parte de la misma subred que su proveedor principal de cuidados (PCP). Esto significa que, aún si un proveedor pertenece a la red de proveedores de su plan de salud, sus servicios podrían no estar disponibles para usted a menos que dicho proveedor también pertenezca a la misma subred que su PCP.

Llame a su plan de salud o a su PCP para averiguar si su PCP puede derivarlo a un proveedor dentro de esa subred de proveedores de su plan de salud, o si su PCP puede derivarlo solamente a un grupo selecto de proveedores dentro del plan de salud.

### Tarjetas de identificación

Después de inscribirse en Basic Health, el plan de salud le enviará tarjetas de identificación (I.D.) a usted y a los miembros inscritos de su familia. Algunos planes de salud podrían requerirle escoger un PCP antes de emitir su tarjeta de identificación. La misma incluye información importante como así también el número telefónico a dónde llamar en caso de ser hospitalizado o tener preguntas. Si necesita atención médica antes de recibir la tarjeta, comuníquese con su plan de salud llamando al número incluido en la contratapa posterior de este manual. La carta de confirmación de inscripción de Basic Health puede servirle como identificación temporal hasta que reciba su tarjeta.

## **El derecho de rechazar ciertos servicios**

Los planes de salud, proveedores de atención a la salud o empleadores patrocinados con carácter religioso, tienen el derecho de no brindar servicios para interrumpir el embarazo u otros servicios que objetan debido a creencias religiosas o por asuntos de conciencia. Si su plan de salud o su empleador rechaza la prestación de un servicio específico que normalmente se provee, usted será informado de cómo recibir este servicio particular de otro proveedor, sin costo alguno para usted. Para mayor información contacte a su plan de salud.

Si rechaza recibir cobertura para interrumpir el embarazo u otros servicios, puede notificar a Basic Health por escrito. No se le brindarán beneficios por estos servicios; sin embargo, su prima no cambiará.

## **Proveedor principal de cuidados (PCP)**

Todos los miembros de la familia cubiertos deben estar inscritos en el mismo plan de salud, pero pueden elegir un PCP diferente dentro de ese plan. Excepto en el caso de una emergencia, su PCP y su personal le brindarán o coordinarán toda su atención a la salud, incluyendo derivaciones a especialistas. Los proveedores principales de cuidados pueden ser médicos de familia o generales, internistas, pediatras u otros proveedores acreditados por su plan de salud. Usted puede cambiar de PCP en cualquier momento durante el año. Comuníquese con su plan de salud para obtener detalles sobre cómo cambiar de proveedores o para solicitar una lista actualizada de los mismos. También puede contactar a un proveedor que usted esté considerando y consultar si tiene contrato con su plan de salud para la cobertura de Basic Health. Cuando llame a un proveedor, mencione el nombre del plan de salud y el de Basic Health, y pregunte si el proveedor está aceptando nuevos pacientes.

Para estar cubierto por su plan de salud, su PCP debe brindar todos los servicios de salud a menos que:

- Su PCP lo haya derivado a otro proveedor (en la mayoría de los casos, la derivación debe ser aprobada por su plan de salud);
- Necesite cuidado de emergencia, como se describe en la página 23; o
- Usted se auto derive a un proveedor que tiene contrato con su plan de salud para recibir servicios de cuidado de la salud para mujeres (ver abajo) o atención cubierta de un quiropráctico.

Si tiene preguntas, llame a su plan de salud a los números en la contratapa posterior de este manual.

## **Servicios de atención a la salud para mujeres**

Los siguientes servicios de atención a la salud para mujeres están cubiertos por Basic Health sin necesidad de una derivación del PCP o la autorización previa del plan de salud:

- Cuidados de maternidad, incluyendo atención prenatal, de parto y posparto.
- Exámenes ginecológicos de rutina.
- Exámenes y tratamientos de problemas del aparato reproductivo femenino, a excepción de lo específicamente excluido.
- Demás problemas de salud detectados y tratados durante el curso de la visita a un servicio de atención a la salud para mujeres, siempre y cuando éste se incluya en los servicios prestados por su proveedor, y que el servicio brindado no esté excluido de su plan de salud.

**Estos servicios pueden ser brindados por cualquier proveedor del cuidado de la salud para mujeres que esté contratado por su plan de salud. Los servicios provistos por hospitales o centros quirúrgicos de consultas externas pueden requerir la autorización previa de su plan de salud.** Asimismo, cualquier servicio de control por problemas que no estén directamente relacionados con los cuidados de maternidad, con los exámenes ginecológicos de rutina o con trastornos del aparato reproductivo femenino pueden requerir una derivación y autorización previa por parte de su plan de salud.

# Capítulo ocho:

## Servicios cubiertos y costos para los miembros

La lista de los servicios cubiertos por Basic Health, llamada “Programa de beneficios”, se encuentra en el Apéndice A de este manual. Si tiene preguntas sobre una condición médica en particular o sobre un beneficio de Basic Health, contacte a su plan de salud directamente llamando al número que aparece en la contratapa de este manual.

### Atención de Emergencia

La atención de emergencia está cubierta 24 horas al día, los siete días de la semana. (Ver página 45 para la definición de “emergencia.”) Para obtener los beneficios de atención de emergencia, es importante seguir estos pasos:

- **Dependiendo de la gravedad del problema, vaya directamente al servicio de emergencia más cercano, llame al 911 o llame a su proveedor principal de cuidados.**
- **Si es admitido en un hospital u otro establecimiento para atención a la salud, llame (o pida que un amigo, un familiar o un miembro del personal llame) a su plan de salud o a su PCP dentro de 24 horas o tan pronto como razonablemente sea posible.**
- **Concurra a su PCP (o que éste lo derive) para atención de seguimiento.**

**Importante:** Si usted no sigue estas instrucciones y el proveedor factura un monto superior al que su plan de salud le pagaría a un proveedor contratado, se le podría requerir que pague el saldo. Si se determina que el caso no era de emergencia (habiendo cumplido o no las instrucciones), usted será responsable por todos los costos.

### Período de espera por condiciones preexistentes

Generalmente, usted debe esperar nueve meses a partir del día que empieza su cobertura antes de que Basic Health cubra las condiciones preexistentes, excepto para los cuidados de maternidad y medicamentos con receta. Para mayor información, ver “Limitaciones y exclusiones” en la página 36.

Una condición preexistente se define como toda enfermedad, lesión o condición por la cual, en los seis meses inmediatos precedentes a la fecha de inscripción efectiva de un miembro en Basic Health:

- Se recomendó o el miembro recibió un tratamiento, consulta o examen de diagnóstico;
- Se le recetaron o recomendaron medicamentos al miembro; o
- Existieron síntomas que hicieron que una persona prudente y razonable busque diagnóstico médico, atención o tratamiento.

Si usted ha tenido cobertura similar a la cobertura de Basic Health en cualquier momento en los tres meses antes de haber solicitado o estar inscrito en Basic Health, usted podría quedar exento del período de espera para el tratamiento de una condición preexistente o éste podría ser más corto, tal como se describe en la sección “Limitaciones y exclusiones” que comienza en la página 36.

Si tuvo que esperar para la cobertura de Basic Health debido a que no había cupo disponible en el programa, podría recibir un crédito de hasta tres meses en el período de espera. (Esto no se aplica al período de espera para servicios de transplante de órganos.)

### Transplantes de órganos

Usted debe ser miembro de Basic Health por 12 meses consecutivos antes de recibir cobertura para procedimientos de transplante de órganos para una condición preexistente. Ver la página 30-31 para obtener detalles.

### Cuidado de maternidad

Si usted o un miembro inscrito de la familia queda embarazada, llame al 1-800-321-0291 de inmediato. Le enviaremos por correo una *Solicitud para beneficios de maternidad* para que complete y nos la devuelva.

**Basic Health sólo cubre servicios de maternidad por 30 días después de que un proveedor médico confirma su embarazo, a menos que usted solicite el Programa**

**de beneficios de maternidad.** El programa de beneficios de maternidad es administrado por DSHS y Basic Health. Ofrece cobertura completa de maternidad y le permite recibir atención a través del mismo plan de salud que usted elige para la cobertura de Basic Health. Cuando elija un proveedor para su atención de maternidad, asegúrese de que dicho proveedor esté contratado con su plan de salud elegido para brindar los servicios bajo el Programa de beneficios de maternidad a través de Basic Health.

El Programa de beneficios de maternidad incluye los siguientes beneficios **sin costo** durante el embarazo y por dos meses después de que éste termina:

- Atención prenatal
- Servicios de apoyo a la maternidad
- Cuidado dental
- Trabajo de parto y nacimiento
- Planificación familiar
- Fisioterapia
- Cuidado de posparto
- Transporte a citas médicas
- Audición
- Educación sobre el parto
- Administración de caso de maternidad
- Vista (exámenes oftalmológicos y anteojos)

DSHS determina la elegibilidad para el Programa de beneficios de maternidad basándose en sus criterios de elegibilidad. La información referente a este programa está disponible en un folleto por separado denominado *La Guía de Basic Health y el Programa de Beneficios de Maternidad*. Se le enviará este documento cuando esté inscrita en el Programa de beneficios de maternidad.

**Deberá continuar pagando su prima de Basic Health hasta la fecha efectiva de su inscripción en el Programa de beneficios de maternidad.** Una vez inscrita en el Programa de beneficios de maternidad, usted no tiene que pagar primas mensuales ni pagos adicionales, y continuará recibiendo los cuidados del plan de salud que eligió a través de Basic Health. Debe continuar pagando las primas mensuales de cualquier miembro de la familia inscrito en Basic Health.

Si no cumple los requisitos de ciudadanía para el Programa de beneficios de maternidad, usted podría ser elegible para otros programas de DSHS que cubran cuidados de maternidad. Para recibir estos beneficios, debe informar sobre su embarazo a Basic Health.

**Si no solicita el Programa de beneficios de maternidad, Basic Health no cubrirá los costos de los servicios de maternidad recibidos después de los 30 días desde que un proveedor médico haya confirmado el embarazo.**

**Los servicios de maternidad estarán cubiertos por Basic Health si DSHS determina que usted no es elegible** para la cobertura de maternidad. Para más información sobre cobertura de maternidad para aquellas personas no elegibles al Programa de beneficios de maternidad, consulte el Apéndice A.

Para algunos servicios del Programa de beneficios de maternidad, tales como el cuidado dental y de la vista, el estado paga al proveedor directamente.

### **Cuando su embarazo termina**

Debe notificar a Basic Health al 1-800-321-0291 apenas termine su embarazo. Se le enviará por correo una solicitud para agregar a su hijo(a) recién nacido(a) a su cuenta de Basic Health. Para evitar una suspensión de la cobertura, Basic Health debe recibir su solicitud completa para agregar a su hijo(a) recién nacido(a) dentro de los 60 días siguientes al nacimiento.

Su cobertura de salud de Basic Health se reanudará cuando finalicen sus beneficios de maternidad **únicamente si** las primas de sus familiares inscritos en Basic Health (si hubiera alguno) hayan sido pagadas durante el tiempo en que estuvo inscrita en el Programa de beneficios de maternidad. Por ejemplo, si tiene un cónyuge y/o dependiente(s) inscrito(s) en Basic Health y se retiraron sus inscripciones por falta de pago mientras usted tenía la cobertura del Programa de beneficios de maternidad, su cobertura continuará por dos meses después de que su embarazo llegue a su término. En ese momento, usted perderá su cobertura y conjuntamente con su familia (excepto los niños inscritos en Basic Health *Plus*) no podrán reinscribirse en Basic Health durante 12 meses. Además, si Basic Health está completo en ese momento, usted deberá esperar hasta que haya cupo disponible.

Si el miembro de la familia que está embarazada es una menor inscrita en Basic Health *Plus*, no tendrá que solicitar el Programa de beneficios de maternidad; no obstante, usted deberá informar a Basic Health sobre el embarazo. Basic Health *Plus* cubrirá los beneficios de maternidad de esta persona. Usted debe notificar a Basic Health dentro de 60 días cuando termine el embarazo, llenando y enviando el *Formulario de cambios en la familia* o el *Formulario de cambios*, el cual se incluye con su estado de cuenta para que continúe la cobertura del recién nacido. Para continuar la cobertura del recién nacido, su hija también debe inscribirse en una cuenta propia.

## Costos para los miembros

Todo miembro inscrito en Basic Health es responsable por compartir el costo de su cobertura de salud, según se indica a continuación:

**Pago adicional** – Un monto establecido que usted paga cuando recibe servicios específicos. En la mayoría de los casos éste será de \$15, excepto para medicamentos con receta y visitas a salas de emergencia.

**Deducible** – El monto que usted paga antes de que su plan de salud empiece a pagar por los servicios cubiertos. Usted es responsable de pagar los primeros \$150 de ciertos costos médicos cubiertos antes de que su plan de salud pague el 80% del co-seguro. El deducible de \$150 se aplica a cada año calendario por cada miembro de la familia inscrito en Basic Health. **Su deducible no aplica a su desembolso máximo.** Usted podría recibir una factura de su plan de salud y/o su proveedor.

**Co-seguro** – Usted será responsable de pagar el 20% del costo de algunos servicios. Su plan de salud paga el 80% restante. Usted podría recibir una factura de su plan de salud y/o su proveedor.

**Desembolso máximo** – Sus costos de co-seguro se aplican hacia su desembolso máximo de \$1,500 por persona, por año calendario. Una vez que alcanza el desembolso máximo, usted ya no es responsable de los costos futuros de co-seguro por beneficios y servicios cubiertos recibidos durante ese año. Su plan de salud pagará el 100% del co-seguro de todos los beneficios y servicios cubiertos. El desembolso máximo de \$1,500 se aplica a cada miembro de la familia inscrito en Basic Health.

**Si usted cambia de planes de salud en cualquier momento durante el año, el monto que ha pagado por su deducible y desembolso máximo para los miembros cubiertos de su familia se iniciará nuevamente con su nuevo plan de salud.**

Ver “Programa de beneficios” en la página 27.

## Qué hago si recibo una factura por servicios cubiertos

Si recibe atención médica de un proveedor que tenga un contrato con su plan de salud, normalmente, el proveedor facturará directamente al plan de salud.

Usted recibirá una factura de un proveedor que le brindó servicios y requiera un deducible y co-seguro. En la mayoría de los casos, su plan de salud le enviará primero una Explicación de los Beneficios (EOB), la cual detallará qué servicios recibió, cuál es el monto permitido para dicho servicio, cuánto pagó el plan de salud y cuánto debe pagar usted. El EOB también le proporcionará información sobre cuánto ha pagado hacia su deducible y desembolso máximo. Luego, el proveedor o el establecimiento en donde usted recibió el servicio le enviará una factura. Usted debe pagarle directamente al proveedor o establecimiento. Si recibe una factura pero todavía no recibió un EOB o si tiene preguntas acerca de su factura, comuníquese con la oficina del proveedor o con su plan de salud.

En algunos casos, puede recibir una factura de un proveedor o establecimiento que no tenga un contrato con su plan de salud, o de un proveedor que no estaba enterado de su cobertura de Basic Health. (Cuando usted le proporcione información a su proveedor, asegúrese de mencionar el plan de salud que provee su cobertura, no sólo Basic Health.) Si recibe una factura por servicios que usted cree están cubiertos por Basic Health, pero que todavía no han sido facturados a su plan de salud, envíe la factura directamente a su plan de salud a la dirección que figura en su tarjeta de identificación. (Para mayor información, llame a su plan de salud al número que se consigna en el interior de la cubierta de este manual.) Se podrían negar los beneficios si su plan de salud recibe la factura transcurridos 12 meses después de la fecha en que recibió los servicios.

## Si un tercero es responsable de su lesión o enfermedad

Usted o su representante deben notificar a su plan de salud si su proveedor factura al plan de salud por el tratamiento de una lesión o enfermedad como resultado de la acción o la falta de acción de otra persona u organización (por ejemplo, una caída, un accidente automovilístico, o un accidente de trabajo). La otra persona u organización responsable de su lesión o enfermedad se denomina “tercero”.

Debe notificar de inmediato a su plan de salud, por escrito, de todo lo siguiente:

- Los detalles sobre su lesión o enfermedad, incluyendo el nombre y la dirección del tercero que usted cree es el responsable de su lesión o enfermedad;
- El nombre y domicilio de la compañía de seguro del tercero;
- El nombre y domicilio del abogado, de haberlo, que representará al tercero;
- El nombre y domicilio de la persona que lo representará a usted si está pensando presentar una queja o una demanda judicial en contra del tercero;
- Aviso correspondiente, con anticipación, de cualquier juicio, audiencia o posible acuerdo por su queja en contra del tercero;
- Todo cambio en su condición o lesión; y
- Toda información adicional razonable que solicite su plan de salud.

Si presenta una queja o una demanda en contra de un tercero responsable, usted debe intentar recuperar los beneficios pagados por su plan de salud.

Después de haber sido completamente compensado por todos los daños sufridos como resultado del accidente, su plan de salud tiene derecho al reembolso del monto de los beneficios que su plan de salud haya pagado, de toda recuperación que usted reciba. Usted deberá pagar al plan de salud sólo el saldo restante una vez que usted haya recibido el monto total de la indemnización por todos los daños (incluyendo dolor y sufrimiento además de pérdida de salarios), hasta un monto equivalente a los beneficios pagados.

Si su plan de salud intenta recuperar estos beneficios directamente del tercero, usted debe colaborar completamente y no debe interferir con el derecho de su plan para recuperar estos gastos. Su plan de salud puede presentar una demanda en contra del tercero en su nombre o puede presentarse como parte civil en un juicio o queja que usted haya presentado. Su plan de salud no tendrá que pagar por los costos legales que usted incurrió y usted no tendrá que pagar los costos legales de su plan de salud. Sin embargo, su plan de salud puede acordar compartir el costo si eligen ser representados por su abogado.

Podría retirarse su inscripción de Basic Health por mala conducta intencional si:

- No entrega a su plan de salud la información sobre la responsabilidad legal del tercero que usted posea; o
- Se niega a ayudar a su plan de salud a cobrar los montos respectivos al tercero legalmente responsable.

# Apéndice A:

## Programa de beneficios

El “Programa de beneficios” consigna los beneficios para los miembros de Basic Health. Los servicios están sujetos a todas las provisiones de este “Programa de beneficios”, incluyendo limitaciones, exclusiones, deducibles, co-seguro y pagos adicionales. Con excepción de lo específicamente señalado, todos los servicios y beneficios de Basic Health deben ser brindados, ordenados o autorizados por el plan de salud o sus proveedores contratados. Incluso si su proveedor autoriza un servicio, es probable que su plan de salud deba preautorizar el cuidado.

Su plan de salud puede brindar otros servicios además de los indicados en este “Programa de beneficios” a entera discreción del plan a través de un programa médico administrado o de administración de caso del plan de salud, si brindar el servicio resultará en un costo de desembolso total menor para el plan de salud. Los servicios adicionales podrían estar sujetos a pagos adicionales, deducibles, co-seguro y limitaciones. Como un ejemplo de excepciones a los beneficios, podría cubrirse el oxígeno o la nutrición enteral o parenteral para aquellos individuos que de otro modo requieran hospitalización o servicios que resultarían en un costo de desembolso menor para el plan de salud según lo determine este último.

Si tiene alguna pregunta acerca de los beneficios enumerados, o no está seguro si un servicio está cubierto, debe llamar al departamento de atención al cliente del plan de salud.

### I. Servicios, suministros o intervenciones médicamente necesarios

Basic Health ofrece cobertura para servicios, suministros o intervenciones que de otra manera se incluyen como un “servicio cubierto”, como lo establece la Sección II, que no se excluyen y son médicamente necesarios. Un servicio cubierto se considera “médicamente necesario” si lo recomienda el proveedor que brinda el tratamiento y el director médico del plan de salud o su proveedor designado y si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- A. El propósito del servicio, suministro o intervención es para el tratamiento de una condición médica;
- B. Es el nivel de servicio, suministro o intervención más apropiado considerando los beneficios y perjuicios potenciales para el paciente;
- C. El nivel de servicio, suministro o intervención es efectivo para mejorar los resultados en la condición de la salud;
- D. El nivel de servicio, suministro o intervención recomendado para esta condición es costo efectivo en comparación con intervenciones alternativas, incluyendo la no intervención; y
- E. La efectividad para nuevas intervenciones se determina con evidencia científica. Para intervenciones existentes, la efectividad se determina con evidencia científica, luego a través de niveles profesionales y posteriormente por la opinión de expertos.

Una “intervención” a la salud es un artículo o servicio proporcionado o llevado a cabo principalmente para tratar (por ejemplo: prevenir, diagnosticar, detectar, tratar o aliviar) una condición médica (por ejemplo: una enfermedad, padecimiento, lesión, defecto genético o congénito, embarazo, una condición biológica o psicológica fuera de los parámetros normales y cronológicos de la variación humana) o para mantener o restaurar la habilidad de funcionamiento. Con el propósito de definir “necesidad médica”, una intervención a la salud no sólo significa la intervención en sí, sino también la condición médica y los indicios del paciente para la cual se la está aplicando.

“Efectivo” significa que se espera que la intervención, el suministro o el nivel de servicio tenga el resultado esperado y los beneficios esperados para contrarrestar potenciales efectos perjudiciales.

Una intervención, suministro o nivel de servicio podría ser médicamente indicado, pero aún no ser un beneficio cubierto o satisfacer los estándares de esta definición de “necesidad médica”. Su plan de salud podría cubrir las intervenciones, suministros o servicios que no satisfacen esta definición de “necesidad médica”, aunque no se le requiere hacerlo.

“Proveedor que brinda el tratamiento” significa un proveedor de atención a la salud que ha evaluado personalmente al paciente.

“Resultados en la condición de la salud” son resultados que afectan el estado de la salud medidos por la longevidad o calidad de la vida de una persona (principalmente como lo percibe el paciente).

Una intervención se considera nueva si todavía no es de uso general para una condición médica y las indicaciones del paciente están siendo consideradas.

Las “nuevas intervenciones”, para las cuales no se han realizado pruebas clínicas debido a razones epidemiológicas (por ejemplo, enfermedades raras o nuevas o poblaciones huérfanas) deben ser evaluadas sobre la base de estándares profesionales de atención a la salud o la opinión de expertos (ver “intervenciones existentes” a continuación).

“Evidencia científica” consiste principalmente en pruebas clínicas controladas que directa o indirectamente demuestran el efecto que tiene una intervención en el resultado de una condición de la salud. Si no hay disponibles pruebas clínicas controladas, se pueden usar estudios de observación que demuestren una relación causal entre la intervención y el resultado de la condición de la salud. Los estudios de observaciones parcialmente controladas y las series clínicas sin control podrían ser indicativos, pero por sí solos no demuestran una relación causal a menos que la magnitud del efecto observado exceda todo lo explicable, tanto por la historia natural de la condición médica o por la tendencia experimental potencial.

Para las “intervenciones existentes”, se debe considerar primero la evidencia científica y en lo posible, debería ser el fundamento para determinar la “necesidad médica”. Si no hay disponible evidencia científica, se deben considerar los niveles profesionales de atención a la salud. Si no existen niveles profesionales de atención a la salud, o son anticuados o contradictorios, las decisiones sobre las intervenciones existentes se deben basar en la opinión de expertos. Dar prioridad a la evidencia científica no significa que debería negarse la cobertura para intervenciones existentes en ausencia de evidencia científica concluyente. Las intervenciones existentes pueden satisfacer la definición de “necesidad médica” de Basic Health a falta de evidencia científica si existe una fuerte convicción de efectividad y beneficio expresado hasta la fecha y constantes estándares profesionales de atención a la salud o, en ausencia de tales estándares, la opinión convincente de expertos.

Un nivel de servicio, suministro o intervención se considera “costo efectivo” si los beneficios y los perjuicios relacionados con los costos representan un uso económicamente eficiente de los recursos por parte de los pacientes con esta condición. En la aplicación de este criterio al caso de una persona, las características del paciente individual deberán ser determinantes. Costo efectivo no necesariamente significa precio más bajo.

## II. Servicios cubiertos

Los siguientes servicios están cubiertos cuando son médicamente necesarios. Todos los servicios, suministros e intervenciones están sujetos a los pagos adicionales, deducibles y co-seguro correspondientes. (Ver Sección III. Pagos adicionales, deducibles, y co-seguro.)

### A. Atención hospitalaria

Los siguientes servicios de cuidado hospitalario están cubiertos:

1. Pensión y habitación semi-privadas, incluyendo comidas, habitaciones privadas y dietas especiales, y servicios generales de enfermería.
2. Servicios hospitalarios, incluyendo el uso del quirófano y los establecimientos relacionados, unidad y servicios de cuidados intensivos, sala de partos en caso de que sea elegible para beneficios de maternidad de Basic Health, anestesia, radiología, laboratorio y otros servicios de diagnóstico.
3. Cuidado normal del recién nacido después del nacimiento mientras se encuentre en los establecimientos contratados cuando no sea elegible para los beneficios de “Cuidado de maternidad”. Los servicios cubiertos incluyen pero no están limitados a servicios de enfermería y laboratorio.
4. Drogas y medicamentos administrados mientras se encuentra hospitalizado.
5. Cuidados especiales de enfermería.

6. Vendajes, enyesaduras, equipo, servicios de oxígeno y terapia de radiación e inhalación.

Si un miembro es hospitalizado en un establecimiento no contratado, el plan de salud tiene derecho a solicitar que sea trasladado a un establecimiento contratado por el plan de salud, a expensas del plan de salud, cuando la condición del miembro sea lo suficientemente estable para permitir un traslado seguro.

Si el miembro se niega a ser trasladado a un establecimiento contratado, todos los costos generados durante la hospitalización serán responsabilidad del miembro.

Los artículos de comodidad personales tales como teléfono, comidas para invitados y televisión no están cubiertos.

## **B. Atención médica y quirúrgica**

Los siguientes servicios de asistencia médica y quirúrgica están cubiertos. El plan de salud puede requerir que ciertos servicios médicos y quirúrgicos sean suministrados sin hospitalizar al paciente.

1. Servicios quirúrgicos.
2. Radiología, medicina nuclear, ultrasonido, laboratorio y otros servicios de diagnóstico.
3. Vendajes, enyesaduras y uso de la sala de enyesadura; anestesia y servicios relacionados con la anestesia y el oxígeno.
4. Sangre, componentes sanguíneos y fracciones (tales como plasma, plaquetas, aglomeración celular y albúmina) y su administración.
5. Visitas de proveedores, incluyendo diagnóstico y tratamiento en el hospital, establecimientos u oficinas de pacientes externos, consultas, tratamientos y segundas opiniones del PCP del miembro o de un proveedor de derivación. Cuidado normal del recién nacido después del nacimiento mientras se encuentre en los establecimientos contratados cuando no sea elegible para los beneficios de “Cuidado de maternidad”. Los servicios cubiertos incluyen pero no están limitados a servicios de rutina de recién nacidos y servicios de laboratorio.

Fármacos que normalmente forman o formarían una parte intrínseca de la visita del proveedor (siendo paciente internado o no) son cubiertas como parte de la visita del proveedor.

6. Terapia de radiación, quimioterapia.
7. Los servicios quiroprácticos y de terapia física a pacientes internos y externos se encuentran cubiertos hasta un máximo combinado de seis visitas por año calendario, y sólo para tratamientos postoperatorios de cirugía reconstructiva de articulaciones que se reciban dentro de un año posterior a la cirugía. Los procedimientos de diagnóstico y otros diagnósticos por imagen sólo para la determinación de servicios de terapia no están cubiertos. Los servicios quiroprácticos pueden derivarse o solicitarse por cuenta propia a los proveedores contratados.
8. Recetas de medicinas como se definen en los “Beneficios farmacológicos.”
9. Servicios de planificación familiar provistos por el PCP del miembro o por proveedores de atención a la salud para mujeres. También están cubiertos los accesorios y suministros anticonceptivos para el uso del miembro (tales como, pero no limitados a, DIU, diafragmas, capuchas cervicales y agentes progestacionales de larga duración) determinados como los más adecuados por el PCP o por el proveedor de atención a la salud para mujeres. Los productos que se pueden comprar sin receta médica, tales como preservativos y espermicidas sólo están cubiertos cuando forman parte de un protocolo del plan de salud y a entera discreción del plan. La esterilización por elección propia está cubierta.

## **C. Cuidado de maternidad**

Para las afiliadas embarazadas de Basic Health que son elegibles para asistencia médica a través del Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS), Basic Health cubrirá únicamente los servicios de cuidados de maternidad durante un período no superior a 30 días después del diagnóstico del embarazo.

Los siguientes servicios de maternidad están cubiertos para miembros que no son elegibles para asistencia médica a través de DSHS: diagnóstico del embarazo; cuidado prenatal completo después de confirmar el embarazo; parto; cuidados de posparto; cuidados por complicaciones del embarazo; cuidado preventivo; servicios médicos; servicios hospitalarios; salas de operaciones o de cualquier otro servicio especial; servicios de radiología y laboratorio; medicina; anestesia; asistencia normal al recién nacido después del parto tales como,

pero no limitado a, servicios de enfermería y exámenes pediátricos y la interrupción del embarazo (incluso la interrupción voluntaria del embarazo).

#### D. Dependencia química

Los miembros son elegibles para recibir tratamientos domiciliarios por dependencia química o como pacientes externos de un programa de tratamiento aprobado por el plan de salud hasta un costo máximo de \$5,000 en un período calendario de 24 meses consecutivos y hasta un beneficio máximo de por vida de \$10,000. Los tratamientos domiciliarios y los tratamientos como pacientes externos cubiertos incluyen evaluación de diagnóstico y educación, y sesiones de consejería individual y en grupo. El deducible y co-seguro como paciente interno se aplican a servicios intensivos de pacientes internos. Los planes de salud pueden usar pagos adicionales más bajos, si fueran aplicables, para sesiones de grupo.

**(TENGA EN CUENTA:** El tratamiento ordenado por un tribunal será cubierto solamente si lo determina el plan de salud para satisfacer la definición de “Necesidad médica” de Basic Health.)

Al determinar el límite de \$5,000, el plan de salud se reserva el derecho de recibir crédito por los beneficios de dependencia química pagados por cualquier otro plan médico de grupo en representación de un miembro durante los 24 meses calendarios consecutivos precedentes. Al determinar el límite de por vida de \$10,000, el plan de salud se reserva el derecho de recibir crédito por los beneficios por dependencia química pagados por Basic Health en representación del miembro desde el 1 de enero de 1988.

#### E. Servicios de salud mental

Los servicios de salud mental se cubren de la siguiente manera:

El cuidado de pacientes internos en un hospital u otro establecimiento apropiado, con licencia aprobada por el plan de salud, está cubierto totalmente (sujetos a deducible y co-seguro) hasta un máximo de 10 días por año calendario.

El cuidado de pacientes externos, incluso las sesiones de consejería individual y familiar, está cubierto hasta un máximo de 12 visitas por año calendario después del pago adicional por visita para sesiones individuales. Los planes de salud pueden usar pagos adicionales más bajos, si fueran aplicables, para sesiones de grupo. Las visitas que tengan como único objeto el control de medicamentos están exentas del límite de 12 visitas, y por el contrario, se cubren de igual manera que las visitas de otro proveedor.

**(TENGA EN CUENTA:** El tratamiento ordenado por un tribunal será cubierto solamente si lo determina el plan de salud para satisfacer la definición de “Necesidad médica” de Basic Health.)

#### F. Transplantes de órganos

Los servicios relacionados a los transplantes de órganos, incluyendo los honorarios profesionales y del establecimiento por estadía del internado, exámenes de diagnóstico, cirugía y cuidados de control están cubiertos. Para servicios específicos aplican el deducible, co-seguro y pagos adicionales. (Ver Sección III. Pagos adicionales, deducibles, y co-seguro.) Estos beneficios incluyen la cobertura de gastos del donante.

Los transplantes de órganos humanos tales como corazón, corazón y pulmón, hígado, médula ósea incluyendo el reemplazo de células madres, córnea, riñón y riñón-páncreas están cubiertos cuando satisfacen la definición de “Necesidad médica” de Basic Health.

**Receptor del transplante de órganos:** Todos los servicios y suministros relacionados con el transplante de órganos para el miembro que recibirá el órgano, incluyendo el transporte desde y hasta un establecimiento designado por el plan de salud (más allá de la distancia que el miembro normalmente podría transportarse a la mayoría de servicios hospitalarios), están cubiertos según el programa de transplantes, siempre que el miembro sea aceptado en el establecimiento de tratamiento donde se realizará el programa de transplantes y continúe el protocolo establecido del programa.

**Donante del transplante de órganos:** Los gastos médicos iniciales del donante relacionados con la extracción del(los) órgano(s), así como los costos del tratamiento de las complicaciones que resulten del(los) procedimiento(s), están cubiertos, **siempre que el receptor de órganos sea un miembro del plan de salud** y siempre que el donante no sea elegible para dicha cobertura bajo ningún otro plan de salud ni programa financiado por el gobierno.

**Período de espera:** Los miembros deben estar inscritos en Basic Health durante 12 meses consecutivos antes de recibir beneficios para procedimientos de trasplantes. El período de espera se aplica al procedimiento de trasplante, incluyendo todo cuidado hospitalario inmediato pre y postoperatorio, pero no se aplica a los cuidados de control, incluyendo medicamentos con recetas.

Si un miembro cumple con el período de espera de 12 meses consecutivos (sin suspensiones en la cobertura por 12 meses consecutivos) y luego tiene una suspensión en la cobertura de Basic Health, se otorgará un crédito completo aplicable al período de espera si la interrupción de la cobertura no es mayor de un mes. Un miembro no puede tener más de dos interrupciones de un mes en su cobertura durante 12 meses para que el crédito completo no se vea afectado.

**El período de espera no será efectivo:**

1. Si se necesita el trasplante para una condición no preexistente;
2. Para hijos inscritos y cubiertos permanentemente por Basic Health desde su nacimiento; o
3. Para hijos colocados en su hogar con propósitos de adopción dentro de 60 días después del nacimiento y que están cubiertos de manera continua por Basic Health desde la fecha de la colocación, siempre que uno o ambos padres adoptivos o miembros de la familia estén inscritos en Basic Health al momento de la colocación en el hogar.

Si un hijo(a) recién nacido(a) que está inscrito(a) desde su nacimiento, o un hijo(a) adoptivo(a) recién nacido(a) inscrito(a) dentro de los 60 primeros días después de su colocación, posteriormente tuviera una suspensión de su cobertura Basic Health, esto no afectará al período de espera si la interrupción no fuera mayor a un mes. Un miembro no puede tener más de dos interrupciones de un mes en su cobertura durante 12 meses para que el crédito completo no se vea afectado.

**Limitaciones:** Los trasplantes que no han sido autorizados previamente o que no se realice en un establecimiento médico designado por el plan de salud, no están cubiertos. No se brinda ningún beneficio por cobros relacionados con localizar un donante, tales como los exámenes del tipo de tejido de los miembros de la familia.

Todos los servicios están sujetos a los correspondientes pagos adicionales, deducibles y co-seguro.

## G. Atención de Emergencia

Una emergencia es un problema de salud repentino o grave que necesita tratamiento inmediato, es decir, no permite tiempo para llamar a su médico.

“Emergencia” se define como:

“La manifestación repentina y aguda de un síntoma o conjunto de síntomas, incluyendo dolores agudos que llevarían a una persona prudente que actúa en forma razonable a creer que su estado de salud necesita atención médica inmediata, y la falta de atención médica podría resultar en graves perjuicios de las funciones corporales o de un órgano o de una parte del cuerpo, poniendo la salud de la persona en un serio peligro”.

El plan de salud se reserva el derecho de determinar si los síntomas indican una emergencia médica o no. La desintoxicación aguda está cubierta hasta un límite de 72 horas.

1. **Atención de emergencia dentro del área de servicio.** Si un miembro sufriera una emergencia médica, la atención necesaria debe obtenerse a través de un proveedor contratado por el plan de salud. Si, como resultado de dicha emergencia, el miembro no puede acudir a un proveedor contratado por el plan de salud, éste puede obtener los servicios de un proveedor no contratado por el plan de salud. El control de seguimiento lo debe proporcionar o autorizar el plan de salud. En caso de hospitalización de emergencia, el miembro, o la persona que asuma la responsabilidad por el miembro, debe notificar al plan de salud dentro de las 24 horas a partir de la admisión, o lo antes posible dentro de límites razonables. El incumplimiento de notificar resultará en una cobertura limitada para fines de pago del plan de salud a un proveedor con el que tenga contrato si se le hubiera notificado adecuadamente. El miembro será responsable del pago de cualquier saldo restante.

2. **Atención de emergencia fuera del área de servicio.** El plan de salud se hará cargo del costo de atención de emergencia fuera del área de servicio para las condiciones cubiertas. En caso de hospitalización de emergencia, el miembro, o la persona que asuma la responsabilidad por el miembro, debe notificar al plan de salud dentro de las 24 horas a partir de la admisión, o lo antes posible dentro de límites razonables. El incumplimiento de notificar resultará en una cobertura limitada para fines de pago del plan de salud a un proveedor con el que tenga contrato si se le hubiera notificado adecuadamente. El miembro será responsable del pago de cualquier saldo restante.

El plan de salud, a su entera discreción, puede nombrar a un asesor cuando se necesite atención fuera del área de servicio, quien tendrá autoridad para controlar la atención brindada y para hacer recomendaciones sobre el plan de tratamiento. El plan de salud puede asegurar información que considere necesaria sobre la atención médica y la hospitalización brindada al miembro y por la cual se le exige el pago.

3. **Transferencia y cuidados de seguimiento.** Si se hospitaliza a un miembro en un establecimiento que no tiene contrato con el plan de salud, el plan se reserva el derecho de trasladar al miembro a un establecimiento que sí lo tenga, cuando las condiciones del miembro se consideren suficientemente estables para permitir un traslado seguro. Si el miembro se niega a ser trasladado a un establecimiento contratado, todos los costos generados durante la hospitalización serán responsabilidad del miembro.

El cuidado de seguimiento, que es resultado directo de una emergencia, debe obtenerse de un proveedor contratado por el plan de salud a menos que un proveedor contratado por el plan de salud haya autorizado dicho cuidado por adelantado.

4. **Medicamentos con recetas.** Los medicamentos con receta adquiridos en un establecimiento o farmacia no contratados por su plan de salud están cubiertos, pero están sujetos a los pagos adicionales de farmacia correspondientes cuando se brindan o recetan en relación con un tratamiento de emergencia cubierto.
5. **Transporte de emergencia por ambulancia.** El transporte médicamente necesario está cubierto en caso de emergencia, o para realizar el traslado del miembro cuando el plan de salud lo autorice previamente.

## **H. Beneficios de enfermería especializada y de cuidados de la salud en el hogar**

Como una alternativa a la hospitalización en un establecimiento de cuidados intensivos, el plan de salud, a su entera discreción, puede autorizar beneficios de servicios de un establecimiento de enfermería especializada o de una agencia de cuidados de la salud en el hogar.

## **I. Servicios de hospicio**

Los servicios de hospicio están cubiertos.

## **J. Servicios de cirugía estética y de reconstrucción**

Los servicios de cirugía estética y de reconstrucción (incluyendo implantes) se proveerán sólo bajo las siguientes condiciones:

1. Para corregir un trastorno físico funcional que resulte de una enfermedad o anomalía congénita;
2. Para corregir un trastorno físico funcional que resulte de una lesión o inherente a una cirugía cubierta; y
3. Para un miembro que recibe beneficios con relación a una mastectomía:
  - a. Reconstrucción del seno en el que se practicó la mastectomía;
  - b. Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica; y
  - c. Prótesis (interna y externa) y complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía.

El tratamiento de linfodemas está cubierto; sin embargo, el equipo y los suministros médicos que se utilizan para tratar linfodemas estarán cubiertos sólo en determinadas circunstancias. Contacte a su plan de salud para obtener información específica sobre las condiciones de cobertura.

### K. Cuidados preventivos

Los servicios de cuidados preventivos están cubiertos y se brindarán según se describen en el programa proporcionado por su plan de salud.

### L. Beneficio farmacológico

El plan de salud puede limitar los medicamentos cubiertos mediante una lista llamada “formulario de medicamentos”. Cada formulario de medicamentos del plan de salud incluye todas las clases de medicamentos terapéuticos importantes. Los medicamentos no incluidos en el formulario de medicamentos serán cubiertos cuando el personal del plan de salud determine que ninguno de los medicamentos del formulario es un medicamento aceptable para el paciente. Si tiene alguna pregunta acerca de los beneficios farmacológicos, o no está seguro si un medicamento está cubierto, o cree que un medicamento que no figura en el formulario de medicamentos debería estar cubierto, puede solicitar información llamando al departamento de atención al cliente del plan de salud.

Basic Health cubre medicamentos (de todo tipo, incluyendo cremas, ungüentos e inyecciones con receta) según los niveles de pagos adicionales descritos a continuación. Las recetas no están sujetas al deducible y no se aplicarán hacia el desembolso máximo anual.

Las recetas están limitadas a una provisión de 30 días.

Los medicamentos con fines cosméticos están excluidos a menos que se autoricen previamente.

(Ver la tabla abajo para más información sobre pagos adicionales farmacológicos.)

<b>Nivel 1 – Pago adicional: \$10</b>	<b>Nivel 2 – Pago adicional: 50%</b>
<b>Medicamentos cubiertos:</b>	<b>Medicamentos cubiertos:</b>
<p>Medicamentos genéricos contenidos en el formulario de medicamentos del plan de salud.</p> <p>Todos los anticonceptivos orales en el formulario de medicamentos del plan de salud.</p> <p>Suministros para diabéticos, incluyendo jeringas y agujas, cintas reactivas para la diabetes, glucometros e insulina.</p>	<p>Medicamentos de marca en el formulario de medicamentos del plan de salud.</p>

### III. Pagos adicionales, deducibles, y co-seguro

Cada miembro es responsable de pagar un deducible de \$150 por año calendario antes de que ciertos beneficios y servicios sean cubiertos (ver la página siguiente). Para aquellos servicios con co-seguro, una vez alcanzado el deducible, el plan de salud paga 80% de los cargos permitidos y el miembro para 20% de dichos cargos. Todos los pagos de co-seguro se aplicarán hacia el desembolso máximo anual. El desembolso máximo para cada miembro es de \$1,500 por año calendario. Ningún monto pagado hacia el deducible de \$150 será aplicado hacia el desembolso máximo. Una vez que se alcanza el desembolso máximo, el plan de salud paga el 100% de todos los beneficios y servicios cubiertos que tengan co-seguro.

El miembro es responsable de pagar los pagos adicionales, deducibles y/o co-seguros directamente al proveedor de un servicio cubierto, a menos que el plan de salud le indique que efectúe el pago a un tercero. Se debe pagar la totalidad de los pagos adicionales, deducibles y co-seguros o el servicio podría ser negado o reprogramado.

Sólo los costos compartidos enumerados en las siguientes tablas se cobran a los miembros por servicios cubiertos. A los miembros se les puede cobrar un cargo por no asistir a sus citas, si continuamente faltan a las citas con los proveedores, o si repetidas veces no avisan en forma oportuna cuando necesitan cancelar las citas.

## Beneficios y servicios NO sujetos al deducible y al co-seguro

El deducible anual de \$150 y el desembolso máximo por persona de \$1,500 por año calendario, no se aplica a los siguientes beneficios y servicios.

Beneficio/servicio	Responsabilidad de pago del miembro	Notas
<b>Cuidados preventivos</b>	Sin pago adicional	Incluye exámenes físicos de rutina, inmunizaciones, Papanicolau, mamografías y demás exámenes y pruebas cuando se realicen como parte de la visita de cuidado preventivo.
<b>Visitas al consultorio</b>	\$15 de pago adicional	El pago adicional es para visitas al consultorio únicamente e incluye consultas, visitas de salud mental y dependencia química para pacientes externos, cirugías realizadas en el consultorio y visitas de seguimiento.  Los pagos adicionales no se aplican para el cuidado preventivo, laboratorio, servicios de radiología, terapia de radiación y quimioterapia. Algunos servicios estarán sujetos al co-seguro.
<b>Farmacia*</b>		Suministro de 30 días
Nivel 1	\$10 de pago adicional	El Nivel 1 incluye medicamentos genéricos en la lista de medicamentos preferidos (formulario de medicamentos) del plan de salud; suministros para diabéticos, incluyendo jeringas y agujas, cintas reactivas para la diabetes, glucometros e insulina; y todos los anticonceptivos orales en el formulario de medicamentos del plan de salud.
Nivel 2	50% del costo del medicamento	El Nivel 2 incluye medicamentos de marca en la lista de medicamentos preferidos (formulario de medicamentos) del plan de salud.
<b>Visitas a la sala de emergencia</b>	\$100 de pago adicional	No hay pago adicional si fuera internado, se aplicaría el co-seguro de hospital y el deducible.
<b>Servicios de emergencia fuera del área</b>	\$100 de pago adicional	No hay pago adicional si fuera internado, se aplicaría el co-seguro de hospital y el deducible.
<b>Atención de urgencia</b>	\$15 de pago adicional	El pago adicional es solamente por la visita al consultorio, cuando se brinda en un establecimiento de cuidado de urgencia. El deducible y el co-seguro podrían aplicarse a todos los demás servicios.
<b>Enfermería especializada, cuidado en hospicio y en el hogar</b>	Sin pago adicional	Cubierto como una alternativa al cuidado hospitalario a discreción del plan de salud.
<b>Cuidado de maternidad</b>	Sin pago adicional	Si el miembro es elegible para el Programa de beneficios de maternidad, los servicios de maternidad pueden estar cubiertos por Basic Health únicamente durante los 30 días siguientes al diagnóstico de embarazo. Todos los demás servicios de maternidad están cubiertos a través del Departamento de Servicios Sociales y de Salud.

\* Los diferentes planes de salud tienen distintas listas de medicamentos recetados aprobados (formularios).

Para averiguar si un medicamento específico está cubierto por sus beneficios farmacológicos, comuníquese con su plan de salud.

## Beneficios y servicios sujetos al deducible y al co-seguro

Antes de que su plan de salud pague el 80% del co-seguro para los siguientes beneficios, usted debe pagar primero su deducible anual de \$150. Una vez que satisfaga su deducible de \$150, todos los pagos de co-seguro se aplicarán a su desembolso máximo anual de \$1,500. Los deducibles y desembolsos máximos se consideran por persona y por año. Una vez que se haya alcanzado el desembolso máximo de \$1,500 por persona, el plan de salud pagará por todos los beneficios y servicios cubiertos que tengan co-seguro. Los miembros sólo son responsables por los pagos adicionales de los beneficios y servicios consignados en la página 34. Si usted cambia de planes de salud en cualquier momento durante el año, el monto que ha pagado por su deducible y desembolso máximo para los miembros cubiertos de su familia se iniciará nuevamente con su nuevo plan de salud.

Beneficio/servicio	Responsabilidad de pago del miembro	Notas
<b>Hospital, paciente interno</b>	20% de co-seguro; se aplica el deducible \$300 cargo máximo de \$300 por admisión en el establecimiento.	Los cargos del establecimiento podrían incluir, pero no se limitan a pensión y habitación, medicamentos con receta proporcionados mientras sea paciente interno y demás servicios recibidos como paciente interno. No hay cargos por cuidado de maternidad o cuando sea admitido nuevamente por la misma condición dentro de los 90 días.  Si el miembro es elegible para el Programa de beneficios de maternidad, los servicios de maternidad los cubrirá Basic Health únicamente durante los 30 días siguientes al diagnóstico del embarazo. Todos los demás servicios de maternidad estarán cubiertos a través del Departamento de Servicios Sociales y de Salud.  Ver "Otros servicios profesionales" abajo.
<b>Paciente externo en un hospital</b>	20% de co-seguro; se aplica el deducible	
<b>Otros servicios profesionales</b>	20% de co-seguro; se aplica el deducible	Incluye los servicios recibidos como paciente interno, incluyendo pero sin limitarse a cirugías, anestesia, quimioterapia, radiación y otros tipos de servicios para pacientes internos y externos.
<b>Salud mental</b>	20% de co-seguro; se aplica el deducible a pacientes internos. cargo máximo de \$300 por admisión en el establecimiento.	Se limita a 10 días como paciente interno por año y 12 visitas como paciente externo por año. Las visitas al consultorio para administración de medicamentos no se cuentan como parte del máximo de 12 visitas.  Las visitas como paciente externo están sujetas a un pago adicional de \$15 (ver "Visitas al consultorio").
<b>Laboratorio</b>	Sin pago adicional o co-seguro para los servicios de pacientes externos.  20% de co-seguro para los servicios de laboratorio basados en el hospital.	El deducible se aplica a servicios con co-seguro.
<b>Radiología</b>	20% de co-seguro, excepto para radiografías de pacientes externos y ultrasonido.	El deducible se aplica a servicios con co-seguro.
<b>Servicios de ambulancia</b>	20% de co-seguro; se aplica el deducible	Incluye los traslados aprobados de un establecimiento a otro. No hay co-seguro si el traslado es requerido por el plan de salud.
<b>Quiropráctica/fisioterapia</b>	20% de co-seguro; se aplica el deducible	Hasta seis visitas combinadas para tratamiento postoperatorio después de una cirugía reconstructiva de una articulación, siempre que las visitas se realicen dentro de un año desde la cirugía.
<b>Dependencia química</b>	20% de co-seguro y se aplica el deducible a pacientes internos.  Cargo máximo de \$300 por admisión en el establecimiento.	Limitado a \$5,000 por cada período de 24 meses; límite máximo de \$10,000 de por vida.  Las visitas como paciente externo están sujetas a un pago adicional de \$15 (ver "Visitas al consultorio").
<b>Transplantes de órganos</b>	Se aplica el deducible, co-seguro y pagos adicionales para servicios específicos.	Período de espera de 12 meses, salvo en el caso de los recién nacidos o por alguna condición no preexistente.

## IV. Limitaciones y exclusiones

### A. Limitaciones

#### 1. Período de espera por condiciones preexistentes

- a. **Una condición preexistente se define como:** “Toda enfermedad, lesión o condición por la cual, en los seis meses inmediatos precedentes a la fecha de inscripción efectiva de un miembro en Basic Health:
- (1) Se recomendó o el miembro recibió un tratamiento, consulta o examen de diagnóstico; o
  - (2) Se le recetaron o recomendaron medicamentos al miembro; o
  - (3) Existieron síntomas que hicieron que una persona prudente y razonable busque diagnóstico médico, atención o tratamiento.”

#### b. Período de espera

Basic Health no brindará beneficios por servicios o suministros ofrecidos por alguna condición preexistente durante los nueve primeros meses consecutivos luego de la fecha de cobertura efectiva del miembro. No será necesario que un miembro inicie un nuevo período de espera de nueve meses consecutivos si:

- (1) Se suspende la cobertura por un período que no será superior a un mes durante el período de espera, y
- (2) El miembro no tiene más de dos (2) suspensiones de un mes de cobertura durante el período de espera.

El miembro no contará con cobertura por condiciones preexistentes hasta que se encuentre realmente cubierto por Basic Health por un período total de nueve meses.

Si el miembro está internado en un establecimiento para la atención a la salud para tratar una condición preexistente al momento que el período de espera de nueve meses finaliza, los beneficios para dicha condición se proporcionarán solamente por los servicios cubiertos brindados después del final del período de espera.

#### c. Excepciones al período de espera

- (1) Los siguientes servicios no están sujetos al período de espera:
  - Cuidados de maternidad.
  - Medicamentos con receta según se definen en la sección “Beneficios farmacológicos”.
- (2) Los niños nacidos al momento o después de la fecha efectiva de cobertura de los padres o hermanos que se inscriben dentro de los 60 días después del nacimiento, y los niños adoptados en la fecha efectiva de cobertura de los padres o hermanos adoptivos que se inscriben dentro de 60 días de la colocación con los padres adoptivos, no están sujetos al período de espera de nueve meses en lo que respecta a condiciones preexistentes.

#### d. Crédito aplicable al período de espera

El crédito aplicable al período de espera se concederá:

- (1) Si usted había sido considerado elegible y Basic Health retrasa su inscripción (hasta un máximo de tres meses) debido a restricciones presupuestarias.
- (2) Por cualquier período continuo de tiempo durante el cual un miembro se encontraba cubierto por una cobertura de salud similar si:
  - Tal cobertura estuvo vigente en todo momento durante los tres meses inmediatos precedentes a la fecha que reserva o solicita la cobertura de Basic Health o durante los tres meses inmediatos precedentes a su inscripción en Basic Health, y
  - La cobertura terminó a más tardar el día primero del mes siguiente a la fecha en que la cobertura de Basic Health se hiciera efectiva.

Si una cobertura similar estaba vigente antes de la fecha de solicitud o de la reserva como también de la fecha de inscripción, se dará crédito para el período más largo de cobertura continua.

“Cobertura similar” incluye a Basic Health; todos los programas de DSHS que tienen los mismos beneficios de Medicaid; el programa de DSHS para personas médicamente indigentes; los Servicios de Salud para Indígenas; la mayoría de las coberturas ofrecidas por las compañías de seguro médico, y la mayoría de los planes de seguro individual.

## 2. **Grandes desastres o epidemias**

Si el plan de salud se ve impedido de prestar sus servicios en forma total o parcial como resultado de una epidemia, imprevistos, guerra, disturbios públicos, orden judicial, disputa laboral o cualquier otra causa fuera de su control, el plan de salud hará un esfuerzo de buena fe para brindar estos servicios a través de sus proveedores y personal contratado en ese momento. Si el plan de salud no se encontrara en condiciones de cumplir con sus obligaciones directamente o a través de los proveedores que contrate, dispondrá la prestación de servicios alternativos y de calidad similar.

## 3. **Coordinación de los beneficios**

Los beneficios disponibles de Basic Health serán secundarios a los beneficios pagaderos bajo los términos de cualquier plan de salud que brinde servicios para los miembros de Basic Health, excepto cuando exista un conflicto con las leyes del estado de Washington o las leyes federales.

## **B. Exclusiones**

Los servicios que se indican a continuación no están cubiertos:

1. Servicios que no cumplan con la definición de “Necesidad médica” para el diagnóstico, tratamiento o prevención de una lesión o enfermedad, o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado del cuerpo, aún cuando tales servicios no sean específicamente enumerados como exclusiones.
2. Servicios no proporcionados, ordenados o autorizados por el plan de salud del miembro o por sus proveedores contratados, excepto en una emergencia.
3. Servicios recibidos antes de la fecha efectiva de cobertura del miembro.
4. Cuidados de custodia o domiciliarios, o curas de reposo para las que no se necesitan, desde un punto de vista médico, establecimientos de cuidado intensivo en un hospital general. Cuidados de custodia son los que no requieren los servicios regulares de un médico o profesional médico y que están específicamente diseñados para ayudar en las actividades cotidianas. El cuidado de custodia incluye, pero no se limita a, la ayuda para caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, preparar e ingerir dietas especiales y supervisión de medicamentos que normalmente son auto administrados.
5. Cargos del hospital por artículos de comodidad personal, o una habitación privada, a menos que lo autorice el plan de salud del miembro; o servicios como teléfonos, televisores y comida para invitados.
6. Servicios en establecimientos de emergencia para condiciones que no son de emergencia.
7. Cargos por no asistir a una cita o por no brindar un aviso oportuno sobre la cancelación de una cita; cargos por completar o copiar formularios o documentos.
8. Transporte, excepto por lo especificado en “Transplantes de órganos” y “Cuidados de emergencia”.
9. Inmunizaciones, excepto las cubiertas bajo cuidado preventivo. Inmunizaciones por viaje, empleo o requeridas por lugar en donde reside, no están cubiertas.
10. Implantes, a excepción de: aparatos cardíacos, articulaciones artificiales, lentes intraoculares (limitado al primer lente intraocular después de una intervención de cataratas) e implantes según lo definen los beneficios de “Cirugía estética y reconstructiva”.
11. Operaciones de cambios de sexo.
12. Investigación o tratamiento por infertilidad o impotencia.

13. Reversión de esterilización.
14. Inseminación artificial.
15. Fertilización in vitro.
16. Anteojos, lentes de contacto (a excepción del primer lente intraocular después de una intervención de cataratas); exámenes oftalmológicos de rutina, incluso la refracción ocular, excepto cuando se realiza como parte de un examen de rutina según se indica bajo “Cuidados preventivos”.
17. Audífonos.
18. Zapatos ortopédicos y cuidado de rutina de los pies.
19. Terapia del habla, ocupacional y de recreación.
20. Equipos y suministros médicos no indicados específicamente en este “Programa de beneficios” excepto cuando el miembro está hospitalizado (incluidos pero no limitados a camas de hospital, sillas de rueda y accesorios para ayudar a caminar).
21. Servicios dentales, incluyendo dispositivos de ortodoncia y servicios por problemas de la articulación temporomandibular, excepto en una reparación necesaria por una lesión accidental en dientes sanos o en la mandíbula, siempre que esta reparación empiece dentro de noventa (90) días desde la lesión accidental o lo antes posible, desde un punto de vista médico, siempre que el miembro sea elegible para servicios de cobertura cuando estos se brindan.
22. Servicios médicos, medicamentos, suministros o cirugía directamente relacionados con el tratamiento de la obesidad, incluyendo obesidad patológica (incluyendo pero sin limitarse a gastroplastía, engrapado gástrico o bypass intestinal).
23. Programas para bajar de peso.
24. Cirugía estética, incluyendo el tratamiento por complicaciones de cirugía estética, excepto que se indique lo contrario en este “Programa de beneficios”.
25. Servicios médicos recibidos o pagados por la Administración de Veteranos de Guerra o por el gobierno estatal o local, excepto en los casos en que exista conflicto con las leyes o regulaciones federales o del estado de Washington; o la parte de los gastos por servicios médicos pagaderos de conformidad con los términos de cualquier póliza de seguro, por los gastos médicos sin determinación de responsabilidad en la medida en que el pago dé como resultado la doble recuperación.
26. Las condiciones resultantes de actos de guerra (declarada o no).
27. Complicaciones directas resultantes de servicios excluidos.
28. Reemplazo de medicamentos extraviados o robados.
29. Evaluación y tratamiento de un impedimento al aprendizaje, incluyendo dislexia.
30. Todo servicio o suministro no enumerado específicamente como un servicio cubierto, a menos que sea médicamente necesario, recetado por un proveedor contratado y autorizado con anticipación por el plan de salud.

### **C. Cambios en los servicios cubiertos y en las primas**

Basic Health puede revisar periódicamente este “Programa de beneficios”. Al diseñar y revisar este “Programa de beneficios”, Basic Health considerará los efectos de beneficios particulares, pagos adicionales, deducibles, co-seguros, desembolsos máximos, limitaciones y exclusiones en el acceso a los servicios básicos de salud necesarios, así como los costos para los miembros y para el estado. Asimismo, considerará las prácticas comúnmente aceptadas de las compañías de seguros médicos y de las empresas de administración de atención a la salud.

Basic Health le proporcionará un aviso por escrito de toda revisión prevista de primas o del plan de beneficios de Basic Health con una anticipación mínima de 30 días a la fecha efectiva de la modificación. Este aviso podrá incluirse en su estado de cuenta, en los materiales de inscripción abierta u otra información que se envíe por correo o en un aviso que se curse por separado. Para los efectos de esta disposición, el aviso se considerará válidamente cursado cuando se deposite las revisiones redactadas en el correo de los Estados Unidos con franqueo pagado de primera clase con destino al domicilio postal que usted proporcionó a Basic Health.





## Apéndice B:

# Crédito Tributario por Cobertura de Seguro de Salud (HCTC) - Basic Health

## Visión general del programa

El Crédito Tributario por Cobertura de Seguro de Salud (HCTC) es un crédito al impuesto federal sobre el ingreso que paga 65 por ciento de la prima del plan de salud de las personas elegibles inscritas en los “planes de salud que califican”. En el estado de Washington, Basic Health en un plan de salud que califica. Sin embargo, en las publicaciones de Basic Health, “plan de salud” se refiere a la compañía que proporciona su cobertura de salud (Columbia United Providers, Community Health Plan of Washington, Group Health Cooperative, Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest, o Molina Healthcare of Washington). Para información sobre otros planes que califican en Washington, llame al Centro de Atención al Cliente de HCTC o visite el sitio en la red del Servicio de Impuestos Internos (IRS) (ver “Información de contacto de HCTC” en la página i).

## Elegibilidad

Para ser elegible para el HCTC, no necesita ser elegible para Basic Health. Usted podría ser elegible para este crédito si es un trabajador sustituido, inscrito en un plan de salud calificado (como Basic Health), y:

- Recibe una Asignación por Reajuste Comercial (Trade Readjustment Allowance, TRA) bajo la Ley de Asistencia por Ajuste Comercial (Trade Adjustment Assistance, TAA) o Asistencia por Ajuste Comercial Alternativo (Alternative Trade Adjustment Assistance, ATAA);
- Sería elegible para recibir TRA pero todavía recibe beneficios del seguro de desempleo; o
- Tiene 55 años de edad o más, recibe beneficios de pensión del la Corporación de Garantía de Beneficios de Pensión (Pension Benefits Guaranty Corporation) y no cumple los requisitos para Medicare Parte A.

Para averiguar si califica o para inscribirse para el crédito tributario, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente de HCTC o visite el sitio en la red de HCTC (ver “Información de contacto al programa HCTC” en la página i).

## Primas

Si usted es elegible para el HCTC, puede solicitarlo como un crédito por adelantado para poder pagar sus primas, o puede reclamarlo cuando presente su declaración federal de impuestos sobre el ingreso. De cualquier manera, el crédito tributario pagará el 65 por ciento de su prima de HCTC-Basic Health. Usted paga el 35 por ciento restante.

A los miembros de Basic Health que participan a través del programa HCTC se les factura el costo completo de su cobertura, más un cargo administrativo. Las primas se ajustan según la edad, la elección del plan de salud y el condado donde se brindan los servicios. Si está reclamando el crédito tributario por adelantado de HCTC para su inscripción en Basic Health, recibirá una factura mensual del IRS. Usted le pagará al IRS su porción de la prima cada mes y el IRS le pagará a Basic Health por su cobertura. **Si usted no paga oportunamente al IRS su porción de la prima, éste no pagará su prima y usted perderá su cobertura por un mes.** Usted podría continuar su cobertura pagando la prima completa directamente a Basic Health hasta por dos meses o solicitando la cobertura subsidiada de Basic Health. Basic Health no puede aceptar su pago directo sin antes estar inscrito en HCTC-Basic Health.

## Cómo efectuar cambios

Los miembros de HCTC-Basic Health deben informar a Basic Health cualquier cambio familiar, cambio de domicilio y cambios en cuanto a su elegibilidad en HCTC. Si usted solicita que se agreguen o retiren miembros de su cuenta, Basic Health le enviará un aviso de cambio de prima; usted debe re-enviarle dicho aviso al IRS. Infórmenos acerca del cambio en su cuenta, llame al 1-800-321-0291, envíenos una carta por fax al 360-923-2910 o envíenos una carta a HCTC-Basic Health, PO Box 42703, Olympia, WA 98504-2703. Asegúrese de incluir su número de identificación de HCTC-Basic Health en toda la correspondencia.

Si se muda y su plan de salud actual no está disponible en su nueva área, deberá elegir un plan de salud que brinde servicios en su nueva área. De lo contrario, sólo puede cambiar de planes de salud durante la inscripción abierta; cuando se muda y su nuevo plan costará más o cuando hay disponible un plan de salud que antes no lo estaba. Algunas veces podría hacerse una excepción si puede comprobar que necesita continuar un plan de tratamiento en curso con un proveedor específico. Cuando cambie de planes de salud, recuerde que cada plan de salud contrata a distintos proveedores y cuenta con su propia lista de medicamentos con receta. Llame al plan de salud o a su proveedor para averiguar si éste tiene un contrato con el plan de salud que está considerando. Si está tomando algún medicamento recetado, también debería contactar al plan de salud para averiguar si su medicamento está cubierto.

Si vive fuera del estado de Washington, se le pedirá que elija un condado en Washington donde usted recibirá sus servicios médicos. Usted debe elegir un plan de salud dentro de ese condado. Si se muda, por favor llame a Basic Health al 1-800-321-0291 para confirmar si permanecerá con el mismo plan de salud en el mismo condado de servicio. Si tiene cobertura para un menor que está lejos de casa asistiendo a la universidad, éste también deberá obtener los servicios de HCTC-Basic Health a través del plan de salud en el condado del estado de Washington que usted ha elegido. Fuera del área de servicio del plan de salud sólo se cubren los servicios de emergencia.

Si cambia de planes de salud, todos los servicios aprobados por su plan anterior deberán ser revisados y aprobados nuevamente por el nuevo plan de salud. Asimismo, su deducible y desembolso máximo comenzarán nuevamente con el nuevo plan de salud. Consulte con su plan de salud para información adicional.

Basic Health tiene el compromiso de asegurar que su plan de salud esté disponible durante todo el año. Sin embargo, si su plan de salud deja de estar disponible durante el año, se le permitirá elegir entre los otros planes de salud en su condado. Si solo hay un plan de salud disponible, se le asignará a dicho plan.

Si desea agregar o quitar a un miembro de su familia de su cuenta de HCTC-Basic Health, por favor llame a Basic Health. Le enviaremos un aviso de prima mensual actualizado que usted podrá reenviar al programa de HCTC. Tenga en cuenta que necesitaremos la firma de cualquier persona mayor de 18 años que se agregue a su cuenta. Es importante que se comunique con nosotros antes de que desee que se haga efectivo un cambio.

Debido a que el IRS paga por las primas de su cobertura de HCTC-Basic Health, y este último no puede cubrir a un miembro de la familia hasta que se reciba la prima del IRS, usted debe prever el tiempo suficiente.

## Suspensión, retiro de la inscripción y reinscripción

Si el IRS no envía su prima a Basic Health antes del primero del mes, usted no tendrá cobertura por ese mes. (Cualquier pago que haya realizado hacia su deducible y desembolso máximo permanecerá intacto.) En ese caso, usted podrá pagar el costo total por su propia cobertura. Sin embargo, debido a que la falta de pago de su cobertura por parte del IRS puede significar que usted ya no es elegible para el programa, sólo podrá pagar por su propia prima durante dos meses antes de que se proceda al retiro de su inscripción de HCTC-Basic Health. Si el IRS aún no le ha notificado el motivo por no pagar su prima de HCTC-Basic Health, llame al Centro de Atención al Cliente de HCTC al 1-866-628-4282.

También podría procederse al retiro de su inscripción de HCTC-Basic Health si:

- Realiza alguna forma de abuso, mala conducta intencional o fraude en contra de Basic Health, su plan de salud o sus proveedores, o a sabiendas proporciona a Basic Health información falsa o engañosa;
- Intencionalmente retiene información requerida por HCTC o Basic Health;
- Representa un riesgo para la seguridad o la propiedad de Basic Health o de su plan de salud, su personal, proveedores, pacientes o visitantes;
- Rechaza el cumplimiento de los procedimientos o tratamientos recomendados por su proveedor y considerados esenciales para su salud o la salud de su hijo(a) por parte del director médico de su plan de salud, y su plan de salud le ha informado que no existe una forma de tratamiento.
- En repetidas ocasiones no pagó sus pagos adicionales, co-seguro o demás pagos de manera oportuna; o
- Oculta a su plan de salud información que tiene acerca un tercero legalmente responsable o rehúsa colaborar con su plan de salud para el cobro al tercero legalmente responsable.

Si desea retirar su inscripción de HCTC-Basic Health, comuníquese con Basic Health. Sin embargo, si planea cambiar su cobertura de HCTC a otro plan de salud calificado, debería comunicarse primero con el Centro de Atención al Cliente de HCTC.

## Derechos, responsabilidades y confidencialidad

Toda la información contenida en el Capítulo cinco (Derechos, responsabilidades y confidencialidad) se aplica a los miembros de HCTC-Basic Health, excepto según se especifica a continuación.

- Como miembro de HCTC-Basic Health, usted tiene el derecho de presentar una apelación ante su plan de salud o ante el programa federal HCTC si no está conforme con una decisión adoptada. Usted no tendrá un proceso de apelación con Basic Health a menos que haya pagado el 100 por ciento de su prima correspondiente al período en cuestión.
- Como miembro de HCTC-Basic Health, no se le requiere proporcionar a Basic Health información relacionada con su ingreso.
- Como miembro de HCTC-Basic Health, no se le requiere pagar su prima directamente a Basic Health, a menos que se le notifique hacerlo. El IRS enviará su prima mensual a Basic Health. Usted pagará el 35 por ciento de ese monto directamente al programa HCTC.

## Reclamos y apelaciones para miembros de HCTC-Basic Health

Si tiene un reclamo o una apelación acerca de los servicios de su plan de salud, de sus proveedores o de sus beneficios, contáctese con su plan de salud directamente. Puede encontrar los números telefónicos gratuitos en la contratapa de este manual. Para mayor información sobre reclamos con su plan de salud, lea “Reclamos contra su plan de salud” en la página 19.

Si no está de acuerdo con una decisión de que usted no es elegible para el programa de HCTC, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente de HCTC.

Si ha pagado el 100 por ciento de su prima de Basic Health y tiene una queja sobre algo que hizo Basic Health durante el tiempo que usted pagó su propia prima, vea la página 20.

Siempre que llame a alguna de esas organizaciones, asegúrese de anotar la fecha de la llamada, el nombre de la persona con quien habló y si esta persona pertenecía al programa de HCTC, a su plan de salud o Basic Health.

## Planes de salud y proveedores

Todo el Capítulo siete se aplica a los miembros de HCTC-Basic Health.

## Servicios cubiertos

Los beneficios para los miembros de HCTC-Basic Health son los mismos que para los miembros de Basic Health (ver página 27), a excepción de lo siguiente:

- El período de espera de nueve meses para condiciones preexistentes será eximido si ha tenido al menos tres meses de cobertura acreditable antes de inscribirse en Basic Health, con no más de 62 días de suspensión en la cobertura cuando solicitó HCTC-Basic Health. Si al momento de solicitar Basic Health tuvo una suspensión en la cobertura de 63 días o más, o si no tuvo tres meses de cobertura acreditable, el período de espera de nueve meses se aplicará de igual manera que para todos los miembros de Basic Health. Para los fines de HCTC, la cobertura acreditable incluye un plan de salud de grupo (como ser COBRA, Continuación Temporal de la Cobertura [TCC], o continuación estatal de la cobertura) o seguro de salud (como ser cobertura individual, seguro universitario o escolar, o seguro de duración limitada de corto plazo).
- HCTC-Basic Health cubrirá los beneficios de maternidad según se describen en la página 29 para los miembros “que no son elegibles para asistencia médica a través de DSHS”. No se le requerirá solicitar el Programa de beneficios de maternidad.

## Costos para los miembros

Todo miembro inscrito en HCTC-Basic Health compartirá el costo de su cobertura de atención a la salud. Para mayor información ver las secciones “Costos para los miembros”, “Si recibe una factura por servicios cubiertos”, y “Si un tercero es responsable de su lesión o enfermedad” en las páginas 25-26.

## Derechos de continuidad

Si deja Basic Health y se inscribe en una cobertura a través de su empleador o un plan de salud adquirido individualmente en el estado de Washington, el tiempo que usted estuvo inscrito en el programa HCTC podría ser considerado como cobertura acreditable a fin de acortar o evitar el período de espera para el tratamiento de una condición preexistente. Sin embargo, a diferencia de la cobertura COBRA, si usted solicita una cobertura de salud privada en el estado de Washington, su inscripción en HCTC-Basic Health no lo exceptuará del uso del cuestionario de salud estándar del plan de salud utilizado para evaluar a los solicitantes.

## Programa de beneficios

El Programa de beneficios en el Apéndice A se aplica para los miembros de HCTC-Basic Health, excepto según se indica en “Servicios cubiertos” en la página 43.

## Información de contacto al programa HCTC

Centro de Atención al Cliente (número gratuito):  
1-866-628-4282 (TTY: 1-866-626-4282)

Sitio en la red: [www.irs.gov](http://www.irs.gov) (clave del IRS: HCTC)

# Apéndice C:

## Definición de Términos

### Alumno

Una persona inscrita a tiempo completo en una escuela secundaria, instituto de educación superior, universidad, instituto superior técnico o escuela de enfermería acreditados, según lo determine el secretario de la escuela.

### Apelación

Una solicitud formal para que el plan de salud o Basic Health revea su decisión.

### Área de servicio

El área geográfica donde provee servicios un plan de salud que brinda cobertura para los miembros de Basic Health.

### Autoridad de Salud (HCA)

Es la agencia estatal responsable de la administración de Basic Health y que en coordinación con DSHS, brinda los programas Basic Health *Plus* y el Programa de beneficios de maternidad.

### Basic Health

Un programa de cobertura de salud administrado por la Autoridad de Salud (HCA).

### Basic Health *Plus*

Un programa administrado conjuntamente por el Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) y Basic Health para hijos menores de 19 años de familias de bajos ingresos. Provee servicios adicionales (tales como atención dental y oftalmológica). DSHS determina la elegibilidad para Basic Health *Plus*.

### Certificado de cobertura

Una descripción de su cobertura y los beneficios de su plan de salud. Este manual le sirve como su certificado de cobertura.

### Condición preexistente

Toda enfermedad, lesión o condición por la cual, en los seis meses inmediatos precedentes a la fecha de inscripción efectiva de un miembro en Basic Health:

- Se recomendó o el miembro recibió un tratamiento, consulta o examen de diagnóstico;
- Se le recetaron o recomendaron medicamentos al miembro; o
- Existieron síntomas que comúnmente ocasionarían que una persona que actúa prudente y razonable solicite un diagnóstico médico, cuidado o tratamiento.

### Co-seguro

Un porcentaje que usted paga por ciertos servicios después de haber pagado su deducible anual.

### Declaración de elegibilidad personal (PES)

El aviso que le envía Basic Health, que indica la condición actual de su cuenta. Usted recibirá un PES cada vez que se produzca un cambio en su cuenta. Esta declaración puede incluir una factura de primas adicionales que usted debe pagar como resultado de un cambio.

### Deducible

El monto que usted paga antes de que su plan de salud empiece a pagar por los servicios con co-seguro. El deducible no se aplicará a su desembolso máximo.

### Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS)

Es la agencia estatal que administra Medicaid y (junto con la Autoridad de Salud) administra conjuntamente Basic Health *Plus* y el Programa de beneficios de maternidad.

### Dependientes

Igual que los miembros de la familia.

## Desembolso máximo

El co-seguro máximo que usted deberá pagar cada año por cada miembro de la familia cubierto. Sólo sus costos de co-seguro se aplican hacia su desembolso máximo. Después de pagar el desembolso máximo, usted ya no debe pagar costos de co-seguro durante el resto del año calendario.

## Emergencias

La manifestación repentina y aguda de un síntoma o conjunto de síntomas, incluyendo dolores agudos que llevarían a una persona prudente que actúa en forma razonable a creer que su estado de salud necesita atención médica inmediata, y la falta de atención médica podría resultar en graves perjuicios de las funciones corporales o de un órgano o de una parte del cuerpo, poniendo la salud de la persona en un serio peligro.

## Especialista

Un proveedor de medicina especializada; como por ejemplo, un cardiólogo o un neurocirujano.

## Explicación de los beneficios (EOB)

A cada plan de salud se le requiere enviar una Explicación de los beneficios (EOB) cada vez que usted recibe servicios médicos. La Explicación de beneficios es un documento detallado que explica los servicios que usted recibió, el monto permitido para cada servicio, el monto que el plan de salud paga y el monto que usted debe pagar. La Explicación de beneficios también computa el monto que usted ha pagado hacia el deducible y el desembolso máximo anual de cada miembro cubierto en la familia.

## Formulario de medicamentos

Una lista de medicamentos con receta aprobados creada por cada plan de salud.

## Grupo de ingreso

Niveles de ingreso de la A a la H, según se detallan en la página 6. Estos se actualizan cada año en julio. (El aviso con los cambios llega en mayo.) Estos niveles, que se basan en el ingreso mensual bruto y en el tamaño de la familia y permiten determinar la prima mensual.

## Incumplimiento

No proporcionar la documentación o la información solicitada por Basic Health antes de la fecha de vencimiento.

## Ingreso

Ingreso bruto (antes de deducciones) de usted y su familia.

## Inscripción

El proceso de presentación de formularios de solicitud completos, ser encontrado elegible y ser aceptado en Basic Health, Basic Health *Plus* o en el Programa de beneficios de maternidad.

## Medicare

El programa federal de beneficios de salud para personas mayores de 65 años y para algunas personas con incapacidades. (Si es elegible para cobertura gratuita o adquirida de Medicare, usted no es elegible para Basic Health.)

## Miembro

Una persona inscrita y que recibe cobertura de atención a la salud a través de Basic Health, Basic Health *Plus* o el Programa de beneficios de maternidad.

## Miembro elegible del programa Crédito Tributario por Cobertura de Seguro de Salud (o miembro de HCTC-Basic Health)

Una persona o dependiente calificado inscrito en Basic Health e identificado por el Departamento del Tesoro federal como elegible para el crédito tributario creado por la Ley de Comercio de 2002 (P.L.107-210).

## Miembros de la familia

Los miembros de la familia que deberían consignarse como dependientes en su cuenta (estén o no inscribiéndose para la cobertura) incluyen a:

- Su cónyuge que resida en el mismo hogar y que no esté legalmente separado de usted.
- Su hijo(a) soltero(a), hijastro(a); menor legalmente adoptado y menor colocado en su hogar con motivos de adopción o bajo su tutela legal, que sea:
  - Menor de 19 años, o
  - Menor de 23 años y estudiante a tiempo completo en una escuela acreditada. Se le requiere enviar comprobante escolar todos los años cuando su dependiente tiene entre 19 y 22 años de edad, para corroborar que éste es un estudiante a tiempo completo. Si su dependiente mayor de 18 años deja de ser un

estudiante a tiempo completo, usted debe notificar a Basic Health dentro de los primeros 30 días después de producido el cambio.

- Su hijo(a) menor de 19 años, soltero(a), que se inscribe para la cobertura y está bajo su custodia a través de un acuerdo informal de tutela firmado por los padres del(a) menor y el cual lo autoriza a usted a obtener atención médica para el/la menor. Para solicitar la cobertura para un menor que vive con usted bajo este tipo de acuerdo, debe proporcionar copia del acuerdo de tutela y comprobante de que está proporcionando, al menos, el 50 por ciento de la manutención del(a) menor. Si se coloca a un niño en su hogar bajo un acuerdo de cuidado suplente, en ese caso DSHS es generalmente el tutor, por lo tanto no se le permitirá incluir a ese niño.
- Su hijo(a) soltero(a), hijastro(a), menor adoptado legalmente o dependiente legal de cualquier edad que no tenga la capacidad para mantenerse por sí solo debido a una incapacidad. Usted debe presentar prueba de la incapacidad. Si el dependiente incapacitado no es su hijo(a) natural o adoptado(a), usted debe proporcionar comprobante de la tutela legal.

Si usted está inscrito a través del programa de Crédito Tributario por Cobertura de Seguro de Salud, indique a todos los dependientes que son elegibles para recibir cobertura a través de dicho programa.

## **Nivel**

Una categoría de medicamentos relacionada con los beneficios farmacológicos. El costo de los medicamentos con receta depende de la categoría (o nivel) que corresponda a tal medicamento. El Nivel 1 es la categoría de medicamentos con receta de menor costo.

## **Paciente externo**

Un paciente no hospitalizado que recibe servicios cubiertos fuera de un hospital, tales como un consultorio médico o el domicilio particular del paciente, un hospital para pacientes ambulatorios o en una sala de emergencias de un hospital o centro quirúrgico.

## **Paciente interno**

Un paciente admitido para estadía de una noche o más tiempo en un establecimiento de atención a la salud y que recibe servicios cubiertos.

## **Pago adicional o copago**

Un monto establecido que usted paga cuando recibe servicios específicos. Los pagos adicionales no están sujetos a un deducible y no se aplican hacia el deducible, co-seguro o desembolso máximo.

## **Plan de salud**

Una organización que ofrece cobertura para la atención a la salud y que tiene un contrato con la HCA para brindarle asistencia médica. Usted elige su plan de salud cuando se afilia a Basic Health.

## **Prima**

Su pago mensual por la cobertura de Basic Health.

## **Programa de beneficios de maternidad**

El programa coordinado con DSHS para mujeres embarazadas elegibles. Este programa abarca todos los beneficios de Medicaid, incluyendo beneficios de maternidad, servicios de apoyo a la maternidad y administración de casos de maternidad. DSHS determina la elegibilidad para el programa.

## **Proveedor**

Un profesional de atención a la salud (por ejemplo, un médico, enfermero, internista, etc.) o establecimiento (por ejemplo, un hospital, clínica, etc.).

## **Proveedor principal de cuidados (PCP)**

Su proveedor personal de atención a la salud. Su proveedor principal de cuidados puede ser un médico general o de la familia, internista, pediatra u otro proveedor aprobado por su plan de salud. Para recibir beneficios, su proveedor principal de cuidados debe proveer o coordinar su cuidado. Si necesita ver a un especialista, su proveedor principal de cuidados lo derivará a uno.

## **Recertificación**

Revisión periódica de los ingresos y elegibilidad de su familia. Durante la recertificación se le requiere presentar sus ingresos actuales y la documentación de residencia que permita verificar su elegibilidad y/o el nivel de subsidio de la prima.

## **Reclamo**

Una queja escrita u oral presentada por un persona con cobertura, o en nombre de ésta, a su plan de salud o Basic Health.

## Recuperación

Cuando Basic Health le factura el monto que usted le debe al estado debido a que no informó correctamente sus ingresos.

## Requisitos de ingresos

Son los requisitos utilizados para determinar su elegibilidad para Basic Health y Basic Health *Plus*, así como los pagos mensuales de la prima por la cobertura de Basic Health. Estos requisitos de ingresos se modifican cada año. Ver página 5 para mayor información.

## Residente de Washington

Una persona que físicamente reside y mantiene una residencia en el estado de Washington. Usted debe ser residente de Washington para ser elegible para Basic Health. Para ser considerado residente de Washington, los miembros que estén temporalmente fuera del estado de Washington por cualquier razón:

- Podría requerírseles proporcionar comprobante de su intento de regresar al estado de Washington; y
- No podrán estar fuera del estado de Washington por más de tres meses calendario consecutivos.

Los niños dependientes que asistan a la escuela fuera del estado podrían ser considerados residentes si permanecen fuera del estado durante el año escolar, siempre y cuando su residencia principal sea en el estado de Washington y regresen al estado de Washington durante los recesos escolares. Los menores dependientes que asistan a la escuela fuera del estado podrían tener que presentar comprobante de que pagan la matrícula fuera del estado, votan en Washington y presentan declaraciones de impuestos utilizando un domicilio en Washington.

Su residencia puede ser una casa de su propiedad o una casa que esté comprando o alquilando, un albergue u otra ubicación física en donde usted se hospeda en lugar de una casa o en el hogar de otra persona.

## Retiro de la inscripción

Perder la cobertura de Basic Health sin opción a reinscribirse el siguiente mes. Esto puede ser por incumplimiento del pago antes de la fecha de vencimiento proporcionada en el aviso de suspensión; por más dos suspensiones en un período de 12 meses; por pérdida de la elegibilidad, o por falta de cumplimiento con cualquiera de sus responsabilidades como miembro de Basic Health.

## Subsidio/subsidiado

La porción de la prima que el estado de Washington paga por los miembros inscritos en Basic Health.

## Suscriptor

La persona en una cuenta de Basic Health responsable del pago de las primas y otros costos compartidos y que recibe todos los avisos y comunicaciones que Basic Health envía. El suscriptor puede ser un miembro de Basic Health o el cónyuge, padre o custodio legal de un dependiente inscrito y puede o no estar inscrito para recibir la cobertura.

## Suspensión de la cobertura

Proceso por el cual se pierde la cobertura de salud por un mes, debido al incumplimiento del pago de una prima mensual en la fecha señalada o por efectuarse su pago total después de la fecha de vencimiento. Si se suspende su cobertura más de dos veces en un período de 12 meses, se procederá al retiro de su inscripción y no podrá ser elegible para reinscribirse durante 12 meses por los menos.

## Tamaño de la familia

La cantidad de miembros de la familia elegibles para ser incluidos en una cuenta de Basic Health. El tamaño de la familia se considera al determinar la elegibilidad y las primas.

# Índice

- Adopción, 9, 31, 36, 46
- Agencia de cuidados en el hogar, ii, 4, 14, 17
- Agregar miembros a su cuenta, ii, 8, 9
- Apelación, i, 15, 19, 20, 45
  - Apelación (HCTC), 43
- Atención a la salud para mujeres, 22
- Basic Health *Plus*, 1, 3, 4, 13, 14, 16, 17, 24
- Cambios de domicilio, ii, 7
  - Cambios de domicilio (HCTC), 41
- Cambios en el ingreso, ii, 9, 10
- Cobertura acreditable, 8, 23
  - Cobertura acreditada (HCTC), 43, 44
- Cobertura de maternidad, 3, 4, 14, 16, 17, 23, 24, 28, 29, 34, 35, 36, 47
  - Cobertura de maternidad (HCTC), 43
- Comienza la cobertura, 9, 23
- Condiciones pre-existentes, 23, 36
  - Condiciones pre-existentes (HCTC), 43
- Consentimiento informado, 16
- Cónyuge, 3, 5, 9, 10, 24, 46, 48
- Co-seguro, 14, 16, 25, 27, 28, 30, 31, 33, 34, 35, 38, 45, 47
  - Co-seguro (HCTC), 42
- Costos compartidos, 25, 33
- Crédito Tributario por Cobertura de Seguro de Salud (HCTC), contratapa, i, 1, 3, 4, 19, 41–44, 46
- Cuidado dental, 4, 24
- Cuidado suplente, 3, 46
- Deducible, 7, 13, 16, 25, 27, 28, 33, 34, 35, 38, 45
  - Deducible (HCTC), 42
- Dependiente, 1, 3, 8, 9, 10, 13, 22–25, 45
  - Dependiente (HCTC), 42
- Derivaciones, ii, 22
- Desembolso máximo, 7, 8, 13, 25, 33, 34, 35, 38, 42, 45, 46, 47
- Divorcio, 8, 9
- Documentación del IRS, 10
- DSHS, 4, 10, 14, 17, 24, 29, 37, 45, 47
  - DSHS (HCTC), 43
- Elegibilidad, 1, 3–11, 16, 19, 20, 21, 24, 41, 45, 46, 47
- Embarazo, 3, 4, 14, 16, 17, 23, 24, 28, 29, 34, 35, 36, 47
  - Embarazo (HCTC), 43
- Emergencia, 8, 16, 21, 22, 23, 25, 31, 32, 34, 45
  - Emergencia (HCTC), 42
- Especialista, ii, 16, 21, 22, 47
- Estudiante, 3, 9, 46, 48
- Exclusiones, 15, 27, 36–38
- Fisioterapia, 4, 24, 29, 35
- Formulario de medicamentos, 33, 34
- Fraude, 11, 13, 16
  - Fraude (HCTC), 42
- Incapacidad, 3, 5, 9, 46
- Ingreso por renta, 5, 9, 11
- Inscripción abierta, 7, 8, 39
  - Inscripción abierta (HCTC), 41–42
- Inscripción de un nuevo miembro de la familia, 8, 9
- Jubilación, 9
- Limitaciones y exclusiones, 23, 36–38
- Manutención de niños, 9
- Matrimonio, 8, 9
- Medicamentos con receta, 21, 33, 34, 48
- Medicare, 3, 13, 47
  - Medicare (HCTC), 41
- Miembro de la familia, 1, 3, 8, 9, 10, 13, 22–25, 46
  - Miembro de la familia (HCTC), 42
- Negación, 19, 20
- Oftalmología, 4, 24, 38
- Organización de revisión independiente, 19
- Padres suplentes, 4, 17
- Pago adicional, 14, 16, 24, 25, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 38, 45
  - Pago adicional (HCTC), 42
- Patrocinador financiero, 4, 14
- Período de espera, ii, 23, 31, 36
  - Período de espera (HCTC), 43, 44
- Plan de salud, 1, 7, 8, 15, 21, 22, 25, 30, 34, 35, 46
  - Planes de salud (HCTC), 41–43
- Proveedor de cuidado personal, 4, 17
- Proveedor principal de cuidados, ii, 15, 16, 21, 22, 23, 47
- Quejas, 19
- Quejas, 19, 20
- Quiropráctica, 22, 29, 35

Recertificación, 10, 11, 47  
Recién nacido, 9, 24, 28, 29, 31  
Reclamo, 19, 20, 46  
    Reclamo (HCTC), 43  
Recupero, 11, 47  
Reinscripción, 12, 13  
    Reinscripción (HCTC), 42  
Residente, 1, 7, 8, 48  
Retiro de la inscripción, 11, 13, 14, 15, 20, 45  
    Retiro de la inscripción (HCTC), 42  
  
Segunda opinión, 15, 29  
Separación, 9  
Servicio de Impuestos Internos (IRS), i, 3, 4, 5, 10, 11  
    Servicio de Impuestos Internos (HCTC), 3, 4, 41–44  
Servicios cubiertos, ii, 15, 22, 23, 25, 28, 29,  
    Apéndice A  
Subsidio, 11, 48  
Suscriptor, 1, 5, 48  
Suspensión, 13, 45, 48  
    Suspensión (HCTC), 42  
  
Tamaño de la familia, 5, 6, 8, 9, 12, 46  
Tarjetas de identificación, 16, 21, 26  
Tercero, 14, 26  
    Tercero (HCTC), 42, 43  
Trabajo independiente, 5, 9, 11  
Transplante de órganos, 23, 30  
Tutela, 3, 46

# **Guarde aquí *las Páginas* *Hot Policy* y otras actualizaciones**

*Las páginas Hot Policy* son actualizaciones importantes de este *Manual del Miembro* y son la manera en que Basic Health brinda aviso oficial de los cambios en los programas; las recibirá periódicamente, generalmente con su estado de cuenta de facturación mensual. Mantenga a mano estas actualizaciones junto con este *Manual del Miembro* y toda la información que reciba de Basic Health, con el fin de disponer de la información necesaria para aprovechar mejor su cobertura Basic Health.















Washington State Health Care Authority

**Basic Health**

PO Box 42683

Olympia, WA 98504-2683

HCA 22-405s (1/06) Spanish

**Change Service Requested**

PRSR STD  
US POSTAGE PAID  
WASHINGTON STATE  
DEPT OF PRINTING